Deutscher Bundestag
8. Wahlperiode

Drucksache 8/2565

13. 02. 79

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – unter Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Veränderungen

– Drucksachen 7/4200, 7/4201 –

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 08 21, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (0 22 21) 36 35 51

Inhalt

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit — 014 — vom 7. Februar 1979.

Anhang zur Stellungnahme der Bundesregierung

1 Einleitung

Die Bundesregierung hat mit Genugtuung vermerkt, daß durch die Veröffentlichung des Berichtes der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung — (Psychiatrie-Enquete, Drucksache 7/4200 und 7/4201) ein zunehmendes Interesse an einer Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter und verbunden damit ein wachsendes Problembewußtsein bei Politikern, Verbänden und Trägern sowie der breiten Öffentlichkeit entstanden ist.

Die Bundesregierung hat es — wegen der im wesentlichen bei den Ländern liegenden Zuständigkeiten für die Durchführung der Reformbestrebungen — für unerläßlich gehalten, ihre eigene Stellungnahme nach Abstimmung mit den Ländern und aufbauend auf den Länderberichten (s. Anhang S. 113) sowie der Stellungnahme des Ständigen Arbeitskreises der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder (s. Anhang S. 209) vorzulegen.

Sie befindet sich damit in Übereinstimmung mit der Auffassung des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit sowie mit der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder.

Durch den verzögerten Eingang der Länderberichte — Datum des zuletzt eingegangenen Berichtes 14. März 1978 — wurde der Bundesregierung die Möglichkeit gegeben, bereits vor Abgabe ihrer Stellungnahme durch Modelle zur Entwicklung und Erprobung neuer Arbeitsformen und Organisationsstrukturen im ambulanten wie im komplementären, rehabilitativen Bereich (s. Anhang S. 328) eine Umsetzung der Empfehlungen der Sachverständigenkommission zu erleichtern.

Die Bundesregierung begrüßt es, ebenso wie die Bundesländer, daß durch den Bericht eine grundlegende und umfassende Bestandsaufnahme der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung vorgelegt und ein Konzept für eine Reform dieser Versorgung entwickelt worden ist.

Die Sachverständigen-Kommission hat sich ausschließlich von fachlichen Gesichtspunkten leiten lassen. Sie hat neben der Grundforderung auf Beseitigung grober inhumaner Mißstände, insbesondere in der stationären Versorgung psychisch Kranker, Rahmenbedingungen benannt, Prinzipien festgeschrieben und Prioritäten gesetzt, die allen, die für die Versorgung in diesem Bereich Verantwortung tragen, als Orientierungsrahmen dienen können. Die Bundesregierung hat der Sachverständigen-Kommission bereits bei Ablieferung der Psychiatrie-Enquete Dank und Anerkennung für die außerordentliche Arbeit ausgesprochen und sie stellt mit Befriedigung fest, daß auch die Bundesländer in den von ihnen vorgelegten Berichten und Stellungnahmen der Sachverständigen-Kommission Lob und Dank zollen.

Die Bundesregierung hat zur zielgerechten Umsetzung der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission eine Planungsstudie (s. Anhang S. 104) erarbeiten lassen. Mit ihr werden die Ziele auf einem Zeitraster unter Berücksichtigung ihrer finanziellen Auswirkungen markiert. Die Studie verweist — wie bereits die Sachverständigen-Kommission in der Präambel zum Bericht — auf die Langfristigkeit der Reformaufgaben. Erkennbare Unzulänglichkeiten und Mängel bei der Behandlung, Beratung und Betreuung psychisch Kranker und Behinderter sowie insbesondere die teilweise inhumanen Unterbringungsbedingungen in den großen psychiatrischen Krankenhäusern waren auslösendes Moment für den Auftrag des Deutschen Bundestages, eine Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland erarbeiten zu lassen. Die vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit berufene Sachverständigen-Kommission hat zunächst einen besonders beachteten Zwischenbericht (Drucksache 7/1124) vorgelegt, durch den bereits bemerkenswerte Aktivitäten ausgelöst wurden. Die Enquete selbst enthält einen alle wesentlichen Aufgabenfelder der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter abdeckenden, fachlich optimalen Vorschlag zur Gliederung eines engmaschigen Versorgungsnetzes spezieller Dienste im ambulanten, stationären und komplementären, rehabilitativen Bereich.

Dazu stellt die Bundesregierung allgemein fest:

- daß dem vorgeschlagenen und begründeten Konzept grundsätzlich zuzustimmen ist;
- daß man sich jedoch den Zielvorstellungen der Sachverständigen-Kommission nur in Stufen und über einen größeren Zeitraum erstreckt wird nähern können;
- daß sich aber erst nach einem Zeitraum von vielleicht 5 bis 10 Jahren herausstellen wird:
  - ob die Verwirklichung der Gesamtkonzeption möglich ist oder diese neu überdacht werden muß und
  - ob bei Berücksichtigung der finanziellen Grenzen bei Bund, Ländern, Gemeinden und Trägern veränderte Prioritäten gesetzt werden müssen;
- daß die jetzt benannten Richtzahlen sowie Betten- und Platzmeßziffern zu überprüfen sind, ob sie realistisch sind oder korrigiert werden müssen;
- daß die einzelnen Dienste und Vorhaben fortlaufend auf ihre Wirksamkeit, ihre Dringlichkeit

und auf die sich verändernden Ressourcen überprüft werden müssen;

— daß im Rahmen der erforderlichen Kostenreduzierung im Gesundheitswesen die Dringlichkeit der einzelnen Vorhaben auch hinsichtlich ihrer Kostenauswirkungen zu beobachten sind;

— daß seit der mehrjährigen Arbeit an der Psychiatrie-Enquete und nach deren Vorlage im Gesamtbereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Veränderungen eingetreten sind, die schon jetzt eine teilweise veränderte Ausgangslage bewirkt haben.

Die Bundesregierung ist sich bewußt, daß sich die an ihre Stellungnahme geknüpften Erwartungen aller, die in diesem Bereich Verantwortung tragen oder selbst betroffen sind, kaum werden erfüllen lassen.

Sie kann nicht auf jede einzelne in der Enquete enthaltene Empfehlung eingehen. Die Bundesregierung geht davon aus, daß den von der Sachverständigen-Kommission in der Zusammenfassung zur Enquete aufgeführten Empfehlungen (s. Anhang S. 73) besonderes Gewicht zukommt. Da es sich hier bereits um mehr als 150 Einzelempfehlungen handelt, hat der Ständige Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder in seiner mehrheitlichen fachlichen Stellungnahme aus diesem Katalog nur die ihm vordringlich erscheinenden Empfehlungen angesprochen.

Die Bundesregierung hält die Gewichtung, wie sie von den Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder in deren Stellungnahme vorgenommen worden war, für eine ausgewogene Ausgangsbasis und schließt sich dieser Prioritätensetzung an; mit Ausnahme der Empfehlungen zur Prävention und zu den offenen Rechtsfragen beschränkt sie sich auf diese Bereiche.

Die Bundesregierung teilt die besonders von einem Land vertretene Auffassung, daß eine Stellungnahme zum Gesamtinhalt der Enquete, an dem über 140 Experten mitgearbeitet haben und deren Bearbeitungszeit mehr als 4 Jahre betrug, kaum möglich sein kann.

Die Sachverständigen-Kommission war auf Grund unterschiedlicher Auffassungen in vielen Teilbereichen der psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung gehalten, Kompromisse zu schließen. Dies kommt einer einheitlichen Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zwar zugute, läßt jedoch erwarten, daß ungeklärte Meinungsdifferenzen die praktische Umsetzung behindern können. Die Bundesregierung bedauert es deshalb, daß es in einigen sehr wichtigen Fragen

— zur Versorgung von neurotisch und psychosomatisch Kranken im stationären Versorgungsbereich (= stationäre psychotherapeutische und psychosomatische Dienste)

— zur Behandlung und Resozialisierung psychisch kranker oder gestörter Straftäter sowie zu dem Bereich Gerontopsychiatrie und Strafrecht

— zu dem Aufgabenfeld eines psychiatrischen Behandlungszentrums und der Unterbringung chronisch psychisch Kranker in neuen kleineren Einrichtungen

— zur Festlegung von Prioritäten

— zur Einführung eines „Facharztes für Geriatrie"

nicht gelungen ist, eine übereinstimmende Meinung zu bilden. Zu diesen Fragen sind Sondervoten abgegeben worden, die bei den weiterführenden Überlegungen nicht ausgeklammert werden können.

2 Ausgangslage

Die Sachverständigen-Kommission hat sich mit der Haupterhebung vom Mai 1973 eine Datenbasis geschaffen, um die fachlichen Vorstellungen auch quantifizierend dem tatsächlichen Bedarf anpassen zu können. Die Bundesregierung ist sich im klaren darüber, daß diese Datenbasis zu gegebener Zeit überprüft werden muß, um Richtzahlen und Meßziffern auf dem neuesten Stand halten zu können. Die Fortschreibung der Bestandsaufnahme durch eine neue Gesamterhebung im Bundesgebiet wird vorerst nicht erforderlich sein. Die Bundesregierung wird jedoch prüfen, ob und wann sinnvolle Teilerhebungen angezeigt sind. Sinnvoll kann dies erst geschehen, wenn zusätzliche personelle und finanzielle Ressourcen bereitstehen, um die geplanten ambulanten und komplementären Dienste sowie andere spezielle Einrichtungen für besondere Personengruppen dann auch bedarfsgerecht und flächendeckend einführen zu können. In beschränktem Umfang werden sich Hinweise auf veränderte Planungsdaten aus den im Verbund arbeitenden Modelleinrichtungen zur Entwicklung und Erprobung neuer Organisationsstrukturen im ambulanten und komplementären Bereich ergeben. Ergänzende Daten ergeben sich im übrigen aus der im Auftrag der Bundesregierung erarbeiteten Planungsstudie.

Die unerwartete Breitenwirkung des Zwischen- und Endberichts zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland hat ihrerseits wesentliche Impulse für die Entwicklung von Sofortprogrammen in den Bundesländern gegeben, die mit einem sehr hohen Kostenaufwand von mehreren Milliarden

DM dazu geführt haben, daß sich die Ausgangssituation insbesondere im Bereich der großen psychiatrischen Krankenhäuser verbessert hat. Damit ist die Grundforderung der Sachverständigen-Kommission, die Beseitigung dieser inhumanen Zustände allen anderen Reformbestrebungen voranzustellen, schon zu einem erheblichen Teil erfüllt. Eine weitere Verbesserung der Situation in den stationären Einrichtungen wird nun abhängig davon sein, ob und in welchem Umfange es gelingt, durch den Ausbau ambulanter Dienste eine Drosselung des Zustroms von Patienten in stationäre Einrichtungen zu erreichen und in gleichem Maße wie es gelingt, durch den Ausbau komplementärer, rehabilitativer Dienste eine Verstärkung des Rückstroms geheilter und gebesserter Patienten in das Leben in der Gemeinschaft sicherzustellen. Auch diese qualitative Veränderung der Grundsituation verdient Beachtung.

Die Bundesregierung hält es für realistisch, daß der mit der Planungsstudie entwickelte Zeitstufenplan über vier Abschnitte — bis 1980, bis 1990 und bis 2000 sowie über das Jahr 2000 hinaus — zur Grundlage der weiteren Überlegungen gemacht wird.

Eine besondere Schwierigkeit bei der Feststellung des Bedarfs sieht die Bundesregierung darin, daß die Diskussion über die psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankheitsbilder eine umfassende wissenschaftliche Absicherung nicht erbracht hat.

Die Bundesregierung wird insbesondere im Rahmen ihres Aktionsprogramms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" den Schwerpunkt „psychische Krankheiten" auch so auslegen, daß nach Möglichkeit diese noch ausstehenden Klärungen erarbeitet werden. Dies ist um so mehr erforderlich, als im Bereich geistig-seelischer wie auch psychosomatischer Erkrankungen die Übergänge von subjektiven Befindlichkeitsstörungen bis hin zu Beschwerden mit Krankheitswert fließend und somit schwierig und vor allem nicht einheitlich festzustellen sind. Gerade auf diesem Hintergrund muß die Gefahr einer allgemeinen Psychiatrisierung gesehen werden, der es nach Auffassung der Bundesregierung entgegenzuwirken gilt. Aus diesen Gründen kann auch für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Begriff „Krankheit", der — von der Rechtsprechung erarbeitet — sowohl körperliche als auch geistig-seelische Zustände umfaßt und abgrenzt, nicht verzichtet werden.

Die gültigen Abgrenzungskriterien zwischen Behandlungs- und Pflegefall, zwischen ambulant oder stationär behandlungsbedürftig oder auch zwischen Krankenhausbedürftigkeit und Heimfähigkeit müssen überdacht werden, weil die Besonderheiten psychischer Krankheiten Ergänzungen hierzu zweckmäßig erscheinen lassen. Auch hier bleibt der Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung oder anderen Kostenträgern davon unberührt. Es wird bedauert, daß es der Sachverständigen-Kommission nicht möglich war, hier klare Abgrenzungen zu erarbeiten.

Die Bundesregierung versteht die Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als eine besondere Fürsorgepflicht, die den in erster Linie angesprochenen Bundesländern, den Gemeinden und den Trägern große Verantwortung auferlegt.

Es wird nach Auffassung der Bundesregierung auch darauf ankommen, daß der einzelne Bürger Verantwortung übernimmt, um seine Gesundheit zu sichern oder im Erkrankungsfalle dazu beizutragen, diese wieder herzustellen. Es obliegt auch in erster Linie ihm, gefährdeten, kranken oder behinderten Angehörigen beizustehen, um ihnen für eine ambulante Behandlung die Wege zu ebnen, damit nach Möglichkeit stationäre Aufenthalte oder die Unterbringung in speziellen Einrichtungen vermieden werden. Gerade in diesem Bereich gilt es, die Ausgangssituation genauer zu überprüfen.

Nicht nur die körperliche, sondern auch die geistig-seelische Gesundheit ist zu einem nicht unerheblichen Teil abhängig davon,

- — daß der einzelne sein Leben sinnvoll zu gestalten lernt und dieses Wissen im Bewußtsein seiner individuellen, familiären und sozialen Verantwortung verwirklicht;
- — daß einem unbegründeten Anspruchsdenken, welches mit einem Abbau an Selbstverantwortung, Mitverantwortung und Eigeninitiative einhergeht, entgegengewirkt werden muß;
- — daß aus allen diesen Gründen auf die Stärkung der Eigenverantwortung als „Hilfe zur Selbsthilfe" besonderes Augenmerk zu richten ist.

Die Bundesregierung begrüßt auf diesem Hintergrund die inzwischen zahlreich entstandenen psychosozialen Hilfsvereinigungen, Bürgerinitiativen und Selbsthilfegruppen.

Die Betonung der Eigenverantwortung soll und wird nicht zu einer neuen Form der Diskriminierung führen, wenn es gelingt, durch Wissensvermittlung — gesundheitliche Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit — und gesundheitserzieherische Verhaltensprägung den Bürger besser als bislang instand zu setzen, eigene Gefährdungen zu erkennen, sie zu meiden und die beratenden präventiven Hilfen in Anspruch zu nehmen, die im Bereich der psychohygienischen Betreuung der Bevölkerung gleichlaufend zur Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter entwickelt werden.

Während früher vorwiegend das Konzept der therapeutischen Isolierung bis hin zur Verwahrung mit Unterbringung, die oft Jahre oder sogar ein Leben lang dauerte, befolgt werden mußte, haben die neuen therapeutischen Möglichkeiten für viele Kranke und Behinderte die Chancen der Heilung oder Besserung wesentlich gefördert und damit die Voraussetzungen einer Rückführung zum Leben in der Gemeinschaft geschaffen.

Durch diese verbesserten Behandlungsmöglichkeiten wird es erforderlich, insbesondere im komplementären, rehabilitativen Bereich neue, bedarfsgerechte Einrichtungen und Organisationsstrukturen zu entwickeln. Nach Auffassung der Bundesregierung ist hier ein besonderer Akzent zu setzen.

Die Bundesländer haben jedoch in ihren Stellungnahmen mit besonderer Betonung Verbesserungen im stationären Bereich herausgestellt. Bestimmend dafür ist wohl, daß die schon geplanten Entwicklungen in diesem Bereich besonders fortgeschritten sind und hier auch finanzielle Möglichkeiten für Reformansätze gesehen werden, während im komplementären Bereich diese weithin ungelöst sind.

Ein Reformansatz, der sich, wenn auch nur vorerst, weitgehend auf den stationären Bereich beschränkt, muß nach Auffassung der Bundesregierung die Gesamtreform jedoch lähmen, weil diese gerade darauf abstellt, psychisch Kranke und Behinderte im Verband ihrer Familie, zumindest in ihrer gewohnten Umgebung und damit im Leben in der Gemeinschaft zu halten.

3 Stellungnahme zu den Prioritäten in einer Reform der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung — Grundforderung und Rahmenbedingungen

Als Grundbedingungen für die Neuordnung der Versorgung hat die Sachverständigen-Kommission Prinzipien und Prioritäten benannt, die nicht isoliert, sondern als übergreifende und sich untereinander verklammernde Bedingungen zu werten sind. Diese Prinzipien und Prioritäten bedürfen unter Berücksichtigung der insbesondere in den Psychiatrieplänen der Bundesländer vorgesehenen Aktivitäten, Ordnungsprinzipien und Schwerpunktbildungen einer abgestuften Gliederung, mit der jedoch die vorgegebenen Grundlinien der Psychiatrie-Enquete und das damit verbundene Aktionsspektrum nicht wesentlich verändert oder abgeschwächt werden dürfen.

Unabdingbare Grundbedingung ist, daß die Reform nicht zu Lasten der langfristig untergebrachten chronisch kranken Patienten gehen darf und die für sie vorzuhaltenden stationären Einrichtungen an der Reform teilhaben müssen.

Unabdingbar ist auch, daß die Erweiterung des Netzes spezieller psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste im ambulanten, im stationären und im komplementären Bereich nicht absoluten Vorrang genießt, sondern zunächst die Erweiterung und der Ausbau bestehender Dienste zu bedenken ist.

Grundbedingung ist ebenfalls, daß mit aller Konsequenz die Möglichkeiten der ambulanten Therapie in den Bereichen der Psychiatrie und Sozialpsychiatrie, der Psychotherapie und der Psychosomatik auszuschöpfen sind, wobei insbesondere der komplementäre, rehabilitative Bereich zu berücksichtigen ist.

Wegen der — in erster Linie den Bundesländern und den Gemeinden unter Beteiligung der Freien Träger zufallenden — Aufgaben der Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter wird die Bundesregierung ihre Auffassung bei der Stellungnahme im wesentlichen zu den Rahmenbedingungen/Grundprinzipien einflechten und die Aussagen der Bundesländer, die in Kapitel 4 A in einer synoptischen Zusammenfassung dargestellt sind (s. S. 13), des Ständigen Arbeitskreises der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder (s. Anhang S. 209) sowie von Verbänden (s. Anhang S. 242) lediglich ergänzen.

Das gilt auch für die speziellen Empfehlungen der Enquete (vgl. B 3, S. 18 der Zusammenfassung, s. Anhang S. 73), die in Kapitel 4 behandelt werden.

3.1 Zum Prinzip der gemeindenahen Versorgung

Wesentliche Voraussetzung für die vorgesehene Neuordnung der ärztlichen und nichtärztlichen Versorgung im Gesamtbereich der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Betreuung gefährdeter, kranker und behinderter Personen ist das Prinzip der gemeindenahen Versorgung. Eng damit verbunden ist die stärkere Einbindung der Psychiatrie wie auch der Psychotherapie und der Psychosomatik in den Verband der allgemeinen Medizin und dem dafür bestehenden Netz von Einrichtungen und Diensten zu sehen, dessen bedarfsgerechte Erweiterung und Spezifizierung mit der Reform erreicht werden soll.

Die Bundesregierung wiederholt ihre bei Übergabe der Psychiatrie-Enquete vorgetragene Absicht, zunächst vordringlich an der Beseitigung der teilweise noch bestehenden inhumanen Zustände vornehmlich in psychiatrischen Großkrankenhäusern mitzuwirken. Hier sind zwischenzeitlich wesentliche Zielpunkte erreicht worden. Eine weitere Verbesserung wird künftig nur zu erreichen sein, wenn dem Prinzip der gemeindenahen Versorgung auch im stationären Bereich stärker zum Durchbruch verholfen werden kann.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter hauptsächlich den ambulanten, vorstationären und den komplementären, rehabilitativen Bereich zu bedenken und auszubauen hat, nachdem die Weiterentwicklung der Therapie die stationäre Behandlung und Unterbringung für einzelne Fallgruppen unnötig erscheinen läßt, für andere Fall-

gruppen den stationären Aufenthalt verkürzt und zudem die Verwahrung bestimmter Teilgruppen geistig Behinderter in stationären Einrichtungen nicht mehr erforderlich erscheinen läßt, wenn für sie spezielle komplementäre Hilfen bereitstehen. Die Reform der Versorgung psychisch Kranker wird deshalb vordringlich darauf hinwirken müssen, daß eine Verringerung des Zustroms von Patienten in die stationäre Behandlung auf das unerläßliche Maß durch volle Ausschöpfung der Möglichkeiten im ambulanten Bereich erreicht werden kann. Hierzu gehören auch Möglichkeiten der Betreuung und Hilfe, die vorbeugend oder begleitend durch die Familie und/oder durch Dienste des Gesundheits- bzw. Sozialwesens geleistet werden können.

Dem weiteren Ausbau und der Hebung der Funktionstüchtigkeit bereits vorhandener Institutionen sollte Vorrang gegeben werden gegenüber der Entwicklung neuer Dienste, deren Integration in das bestehende System der ambulanten Versorgung sicher schwierig ist.

Mit deutlichem Gewicht ist die Entwicklung des komplementären, rehabilitativen Bereichs zu betreiben. Hier fehlt es noch weithin an Einrichtungen und Diensten, die eine Verstärkung des Rückstroms ärztlich abschließend behandelter, aber rehabilitativ noch betreuungsbedürftiger und gebesserter Patienten, die nicht mehr unbedingt im Krankenhaus weiter behandelt werden müssen, aus der stationären Versorgung auffangen und ihn dadurch überhaupt erst möglich machen. Derzeit ist die Situation so, daß Patienten in der stationären Versorgung bleiben, obwohl sie dort nicht sein müßten, nur weil es für sie keine angemessene Betreuung im außerstationären Bereich gibt. Bei Abwägung der Priorität dieses Bereichs spricht auch der auf diesem Hintergrund unnötig hoch erscheinende Kostenaufwand für eine schnelle Entwicklung komplementärer, rehabilitativer Einrichtungen und Dienste. In Ansätzen zeichnen sich schon Lösungsmöglichkeiten für diesen Bereich ab. Es gibt teilstationäre und komplementäre Einrichtungen in Form von Tages- und Nachtkliniken, von Übergangsheimen und Wohnheimen; in der Bilanz aber sind sie nach Zahl und Art noch insgesamt ungenügend. Die hier bestehenden Kostenbarrieren sind besonders zu bedenken.

Die Bundesregierung ist bemüht, überbrückend durch Leistungen aus der Sozialhilfe im komplementären, rehabilitativen Bereich die notwendigen Entwicklungen nicht durch ungeregelte Kostenfragen blockieren zu lassen. Deshalb sind Arbeitsgruppen tätig, die für den Bereich der Pflege alternative Kostenregelungen entwickeln sollen. Die Rückführung zum Leben in der Gemeinschaft als Kernforderung der Reform hängt entscheidend davon ab, ob und wie es gelingt, die Anschlußbetreuung durch komplementäre, rehabilitative Dienste sicherzustellen.

Die inzwischen getroffene gesetzliche Regelung in § 368 n Abs. 6 RVO für die Öffnung psychiatrischer Krankenhauseinrichtungen nach außen zum Zweck der Entfaltung extramuraler ärztlicher Aktivitäten kann als erster Schritt zur Verwirklichung dieser Absichten angeführt werden.

Zur Verwirklichung der gemeindenahen stationären Versorgung gehören spezielle psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Die Diskussion um deren Größe und Einbindung in ein umfassenderes System der regionalen Versorgung einschließlich der Zuordnung von Pflichtaufnahmegebieten ist noch nicht abgeschlossen.

Die Bundesländer haben bereits im Rahmen ihrer Krankenhausbedarfspläne damit begonnen, dieser Forderung nachzukommen; begünstigt werden diese Bemühungen in der letzten Zeit durch den sich mancherorts bildenden Bettenüberhang, der sich jedoch nicht in jedem Falle für psychiatrische Fachabteilungen nutzen läßt.

Bei einem ausreichenden Angebot psychiatrischer Fachabteilungen in Akutkrankenhäusern muß erwartet werden, daß sich — analog zur stationären Versorgung im somatischen Bereich — eine Auswahl der Patienten derart einstellt, daß in Akutkrankenhäusern nur leichtere und in überschaubarer Zeit zu behandelnde Kranke eingewiesen werden, während die schwereren Formen mit einer langdauernden Behandlung den Fachkrankenhäusern zugewiesen werden. Der Bundesregierung ist das damit verbundene Problem der „Zwei-Klassen-Psychiatrie" bekannt. Sie ist jedoch überzeugt davon, daß sich dieser Konfliktfall als lösbar herausstellt, wenn es gelingt, durch eine angemessene Einbindung sowohl der Fachabteilungen wie der psychiatrischen Krankenhäuser in das gemeinsam abzudeckende Versorgungsgebiet einen wechselseitigen Patientendurchfluß sicherzustellen.

Der Aufbau netzartig miteinander verbundener gemeindenaher Versorgungsdienste unter Vermeidung isoliert stehender gleichartiger Dienste und Einrichtungen ist nur langfristig zu realisieren wegen der

— konkurrierenden finanziellen Bedingungen

— unterschiedlichen, versorgungsspezifischen Bedürfnisse

— begrenzten Personalressourcen und

— beschränkten Ausbildungskapazitäten.

Die Bundesregierung wird gemeinsam mit den Bundesländern dafür Sorge zu tragen haben, daß hier im Rahmen des Möglichen Verbesserungen erreicht werden, insbesondere bei der Ausbildung und beim Einsatz qualifizierter Berufe.

Die Bundesregierung stimmt der organisatorischen Vorstellung zu, eine Bündelung der psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste in regional abgrenzbaren Standardversorgungsgebieten und für einige spezielle Dienste in übergeordneten Versorgungsgebieten zu entwikkeln. Es muß jedoch den jeweiligen regionalen Bedingungen und Bedürfnissen überlassen bleiben, ob die vorgeschlagenen Organisationsstrukturen und Richtzahlen übernommen werden können oder ob unter Beibehaltung des Grundgedankens andere Wege zur Verwirklichung der Reform beschritten werden müssen.

3.2 Zum Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken

Die Bundesregierung sieht ebenso wie die Sachverständigen-Kommission die chancengleiche Beteiligung psychisch Kranker und Behinderter an der Gesundheitssicherung als einen Kernpunkt der Neuordnung der Versorgung in diesem Bereich. Auch diese ist jedoch entscheidend davon abhängig, wie es gelingt, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in den Verband der Allgemeinmedizin zu integrieren. Bei der noch gegebenen „inneren Trennung" der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter von der allgemeinärztlichen Versorgung wird sich auch die Verwirklichung des Prinzips der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken nur in einem langwierigen Prozeß vollziehen. Diese „innere Trennung" läßt sich am deutlichsten an der Ausgliederung der stationären Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erkennen, die bislang noch zum ganz überwiegenden Teil in psychiatrischen Großkrankenhäusern behandelt werden, die häufig nicht nur lagemäßig, sondern auch nach ihrer Zuordnung zum System der medizinischen Versorgung als randständig zu bezeichnen sind. Die Verwirklichung des Prinzips der gemeindenahen Versorgung mit der Eingliederung der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin ist deshalb zugleich auch ein Schritt zur Verwirklichung des Prinzips der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Die Bundesregierung weist darauf hin, daß im Zuge der von ihr durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz eröffneten Möglichkeiten über die Krankenhauspläne der Länder die stationäre psychiatrische Versorgung verbessert werden konnte und damit der Abstand in der Qualität der Versorgung psychisch Kranker zu körperlich Kranken geringer geworden ist.

Durch die bereits erwähnte gesetzliche Regelung (§ 368 n Abs. 6 RVO) ist es nunmehr möglich, bislang fehlende ambulante Dienste durch die Träger psychiatrischer Krankenhäuser einrichten zu lassen und zwar ohne die sonst vorgeschriebene Bedarfsprüfung. Damit wird zweifelsfrei die dünne Decke der ambulanten fachpsychiatrischen Versorgung verstärkt; auch dies ist als eine qualitative Besserung, die zur Gleichstellung der Versorgung psychisch Kranker mit körperlich Kranken beiträgt, anzusehen.

Die Bundesregierung bedauert, daß es noch immer Unterschiede in der Betreuung psychisch Kranker zu somatisch Kranken gibt, die als „Diskriminierung" verstanden werden können. Sie wird bemüht sein sicherzustellen, daß derartige „Diskriminierungen" aufgehoben werden und künftig keine neuen entstehen. Dies gilt auch für die in der Diskussion stehenden Vorhaben auf dem Gebiet des Melderechts oder des Wahlrechts.

Auf die inzwischen aufgehobene Eintragungspflicht von gerichtlichen Entscheidungen gemäß § 13 des Bundeszentralregistergesetzes für Patienten, die als Geisteskranke, Geistesschwache, Rauschgift- oder Alkoholsüchtige nach Landesrecht untergebracht sind, darf in diesem Zusammenhang ebenfalls verwiesen werden.

Die bestehenden Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten sind als Barriere gegen die Gleichstellung psychisch und körperlich Kranker wirksam und müssen abgebaut werden. Die Bundesregierung hat deshalb im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung spezielle Kampagnen durchführen lassen. Auch sie haben dazu beigetragen, daß sich langsam ein Meinungswechsel und ein größeres Problembewußtsein in der Bevölkerung andeutet, wie es allgemein dem Interesse an der Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung zu entnehmen ist und wie es in unterschiedlicher und sehr vielfältiger Form durch Presseveröffentlichungen, insbesondere aber durch Selbsthilfegruppen und Bürgerinitiativen zum Ausdruck kommt.

Die Eingliederung der Psychiatrie in den Verband der allgemeinen Medizin verlangt danach, daß die gemeindenaheste Institution für Diagnose und Therapie, nämlich der Niedergelassene Arzt, in seiner Funktion und Wirkungsbreite gestärkt wird. Dabei kann es nicht ausschließlich darum gehen, die Zahl der Fachärzte zu erhöhen und durch Niederlassungsanreize eine bedarfsgerechte, flächendeckende Verteilung sicherzustellen, was sich bei der zu erwartenden größeren Arztdichte mittelfristig wohl erreichen lassen wird; sondern es geht zugleich darum, daß auch die praktischen Ärzte, möglicherweise daneben bestimmte Fachärzte, z. B. der inneren Medizin, besser instand gesetzt werden, nicht nur die Erstversorgung psychisch Kranker sicherzustellen, sondern psychisch Kranke und Behinderte auch laufend zu behandeln, insbesondere im Anschluß an eine stationäre Behandlung weiter zu versorgen.

Die Bundesregierung sieht, daß bei der angespannten Finanzlage der Haushalte von Ländern und Gemeinden wie auch bei den Kostenträgern im Gesundheitswesen derzeit noch Regelungen weiterbestehen, die psychisch Kranke und Behinderte in gewissem Umfange benachteiligen. Die Bundesregierung wird deshalb bemüht bleiben, im Rahmen ihrer Möglichkeiten derartige Benachteiligungen — z. B. unterschiedliche Entlohnung bei Arbeitsleistungen — baldmöglichst abzubauen.

3.3 Zum Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten

Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung ist nach Auffassung der Bundesregierung zwar unbestritten, bedarf jedoch mehr als die anderen Prinzipien der Diskussion. Wie bereits angesprochen, muß sich die Definition dessen, was als bedarfsgerecht anzusehen ist, an einem Krankheitsbegriff orientieren, der inhaltlich demjenigen entspricht, der für somatisch Kranke zur Anwendung kommt. Dabei sind nicht letztlich die subjektiven Befindlichkeitsstörungen bestimmend, sondern die vom Arzt objektivierten Befunde, die insbesondere wegen ihrer Auswirkungen auf das Leistungsvermögen des einzelnen eine Heilbehandlung erfordern. In diesem Zusammenhang war bereits darauf

hingewiesen worden, daß die noch bestehenden Abgrenzungsunsicherheiten auch nach Auffassung der Bundesländer die Gefahr einer allgemeinen „Psychiatrisierung" in sich bergen könnten. Hier wird es sehr darauf ankommen, Entscheidungshilfen zu entwickeln, die eine wirksamere Betreuung psychisch Kranker und Behinderter ermöglichen, die aber gleichzeitig verhindern, daß jedwede Störung des Wohlbefindens Krankheitswert erhält.

Die gleiche Problematik ist mit der Begriffsbestimmung dessen verbunden, was als „umfassend" anzusehen ist. Auch hier ist letztlich die Gleichstellung mit den vorgehaltenen Versorgungsdiensten für körperlich Kranke als Richtwert einzubringen. Nach Auffassung der Bundesregierung aber wird es spezieller ergänzender Dienste bedürfen, um den Besonderheiten des Anspruchs psychisch Kranker gegenüber Beratung und Behandlung genügen zu können. Diese speziellen Dienste müssen mit den bestehenden Einrichtungen so verflochten werden, daß die von ihnen zu erbringenden Leistungen in die Beratung und/oder Therapie nahtlos eingefügt werden können. Daraus folgt, daß sie nicht mit einer solchen Vielfältigkeit und Dichte angestrebt werden können, daß sich letztlich ein getrenntes Versorgungsnetz für psychisch Kranke und Behinderte entwickelt — mit der Folge einer erschwerten Einbindung dieser Dienste in das für den einzelnen aufzustellende und durchzuführende Therapiekonzept.

Die Bundesregierung weist auf einen möglichen Zwiespalt hin, der sich daraus ergeben könnte, daß die im Standardversorgungsgebiet vorgehaltenen Dienste gemeindenah, deshalb notwendigerweise dezentralisiert und weitgehend „entspezialisiert" sein müssen, während die speziellen Dienste des übergeordneten Versorgungsgebietes ihrer Art nach zentral anzulegen sind, so daß es für den Einzelfall schwierig sein kann, die zur Erfüllung des Therapiekonzepts erforderliche Koppelung allgemeinerer und speziellerer Dienste in jedem Fall sicherzustellen.

Die Bundesregierung bedauert, daß die Sachverständigen-Kommission auf diese Barrieren — neue Organisationsstrukturen, Frage der Trägerschaft, Fragen der Kostenregelung etc. —, die der praktischen Umsetzung ihrer Grundempfehlungen entgegenstehen können, zu wenig eingegangen ist. Deshalb ist sie bemüht, im Rahmen der von ihr eingesetzten Modelle die Beantwortung dieser noch offenen Fragen über den Weg der praktischen Erprobung alternativer Lösungsansätze beantworten zu können.

Die von der Sachverständigen-Kommission herausgestellten Problemgruppen der Suizidgefährdeten, der Epilepsiekranken, der Hirnverletzten und der Nichtseßhaften sind nach Auffassung der Bundesregierung geeignet klarzustellen, wie vordringlich die Abklärung der Begriffe „bedarfsgerecht und umfassend" ist und welche Bedeutung der organisatorischen Verknüpfung des Standardversorgungsgebietes mit dem übergeordneten Versorgungsgebiet zukommt.

Die Bundesregierung stimmt mit den Bundesländern darin überein, daß für diese Personengruppen spezifische Probleme erkennbar sind, deren Lösung besonderer Kenntnisse und Zuwendungen bedarf, dennoch scheint es derzeit weder möglich noch notwendig, dafür eigenständige Versorgungssysteme zu entwickeln. In welchem Umfange es möglich sein wird, über das Netz der zwischenzeitlich bereits erweiterten und durch die Öffnung der psychiatrischen Krankenhäuser für die ambulante Versorgung auch verdichteten Netz der Versorgung hinaus auch für solche Teilgruppen eine angemessene Spezialversorgung sicherzustellen, wird wesentlich durch die finanziellen, aber auch die verfügbaren personellen Ressourcen bestimmt werden.

Zur Beseitigung des Mangels an speziellen Einrichtungen hat die Bundesregierung im Rahmen besonderer Programme — z. B. für die Rehabilitation Behinderter, für Beratung, Behandlung und Rehabilitation Drogen- und/oder Alkoholabhängiger, für die Schwangerschaftskonfliktberatung — über die Entwicklung von Modellen auch zu einer Verbesserung des bestehenden Netzes der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beigetragen.

3.4 Zum Prinzip der bedarfsgerechten Koordinierung aller Versorgungsdienste

Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordinierung aller Dienste zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter hat in unserer pluralistisch geordneten Gesellschaft großes Gewicht. Die Vielzahl der in diesem Bereich tätigen Einrichtungen, Initiativen und Dienste in sehr unterschiedlicher Trägerschaft hat bestimmte Vorzüge, birgt jedoch die Gefahr in sich, je nach den Zufälligkeiten örtlicher Verhältnisse ein quantitativ und qualitativ unterschiedliches Versorgungsniveau entstehen zu lassen — mit der Folge möglicher Effizienzminderung der Versorgungsleistungen durch ein ungekoppeltes Nebeneinander von Aktivitäten, die bei unklarer Aufgabenabgrenzung sich möglicherweise gegenseitig behindern.

Bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ist es in den meisten Fällen nicht erforderlich, daß der Patient alle Dienste wie die Glieder einer Kette hintereinander in Anspruch nehmen muß. Er soll vielmehr — wie der körperlich Kranke auch — die für seine Behandlung notwendigen speziellen Hilfen im Rahmen des für ihn entwickelten Therapiekonzepts in Anspruch nehmen können.

Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordinierung kann nicht allein auf die institutionelle Verflechtung der Dienste beschränkt bleiben, sie muß vor allem sicherstellen, daß nach Maßgabe einer integrierten Therapie allen Patienten die jeweils erforderlichen Dienste offenstehen, um sie nach Maßgabe ihrer Hilfsbedürftigkeit in Anspruch nehmen zu können. Um die fachspezifische Versorgung der Patienten im ambulanten, vorstationären wie im komplementären, rehabilitativen Bereich sicherstellen zu können, werden Organisationsstrukturen entwikkelt werden müssen, um die flankierenden Dienste in das Behandlungs- und Betreuungskonzept zu integrieren.

Alternative Lösungsansätze werden im Rahmen der von der Bundesregierung geförderten Modellvorhaben entwickelt und erprobt. Allgemeine Vorstellungen lassen sich derzeit nur insoweit formulieren, als auch hier daran zu denken ist, daß sich ein gleichartiger Verbund entwickeln muß, wie er bei der Versorgung körperlich Kranker besteht, wo der Arzt je nach Maßgabe der Behandlungserfordernisse nicht nur einen anderen speziell weitergebildeten Arzt beizieht, sondern auch den Krankengymnasten, den Bademeister, den Masseur, den Hörgerätetechniker usw. in sein Behandlungskonzept integriert.

Die Frage der patientenorientierten Koordinierung durch den Therapeuten und der Umfang der sicherzustellenden Beteiligungen fachspezifischer Dienste muß im Rahmen der fachlichen Weiterbildung der Beteiligten beantwortet werden, weil anders die „bedarfsgerechte und umfassende" Versorgung psychisch Kranker und Behinderter nicht sichergestellt werden kann.

Die von der Sachverständigen-Kommission herausgehobene Problematik der Fehlplazierungen ist nach Auffassung der Bundesregierung weithin eine Folge der derzeit fehlenden qualitativen Koordinierung, die es offensichtlich zumindest erschwert, den zur Sicherung des Behandlungsanspruchs des psychisch Kranken oder Behinderten erforderlichen Patientendurchfluß bei den beteiligten Diensten zu ermöglichen.

Die Bundesregierung unterstreicht die Aussage der Sachverständigen-Kommission, nach der die Fehlplazierung das gesamte Versorgungssystem durchzieht und den bestehenden Rückstand drastischer als jedes andere Phänomen charakterisiert. Durch enge institutionelle Koordinierung müßte sich die Fehlplazierung größtenteils vermeiden lassen. Ob hier den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission, psychosoziale Ausschüsse als Koordinierungsgremien der Träger und der kommunalen Körperschaften einzurichten, gefolgt werden kann oder ob andere Formen der Zusammenarbeit gefunden werden müssen, ist von den jeweiligen örtlichen Verhältnissen abhängig und muß entsprechend flexibel entschieden werden.

Die Bundesregierung mißt der Prüfung dieser Zusammenhänge große Bedeutung zu.

Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordinierung soll nach Auffassung der Bundesregierung zwar die institutionelle Verknüpfung aller Dienste sicherstellen, muß jedoch in erster Linie patientenbezogen, also qualitativ, ausgerichtet sein. Um dies im Gesamtkonzept der Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsbedürfnisse für den einzelnen Patienten sicherstellen zu können, werden im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung des insgesamt zu beteiligenden Fachpersonals spezielle Angebote gemacht werden müssen; dies wird als Vorleistung dafür anzusehen sein, die Einhaltung der qualitativen Koordinierung verbindlich machen zu können. Die ungenügende Einschaltung flankierender Dienste kann dann in den Rang eines Behandlungsfehlers aufrücken. Die erforderliche Beteiligung wird als ein wichtiger Beitrag für die Verwirklichung der angestrebten Reform angesehen.

4 Zu den einzelnen Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

Zu den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission haben Stellung genommen:

A die Bundesländer,

B der Ständige Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder — im folgenden abgekürzt: Ständiger Arbeitskreis — sowie

C Verbände.

Die Bundesregierung hält es bei den folgenden Ausführungen zu den einzelnen Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission (Kapitel B.3 der Zusammenfassung, s. Anhang S. 85) im Hinblick auf die allgemeinen Anmerkungen des Ständigen Arbeitskreises der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder für sinnvoll, die speziellen Anmerkungen der Psychiatrie-Referenten jeweils voranzustellen und zur Diskussionsgrundlage zu machen, denen dann die Beiträge der Verbände sowie die Stellungnahmen der Bundesregierung zugeordnet werden.

4 A. Synoptische Zusammenfassung der Stellungnahmen der Bundesländer

In der folgenden Übersicht ist dargestellt, wie die Bundesländer auf die wichtigsten Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission reagierten, welche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation bisher ergriffen wurden und welche wesentlichen Probleme noch anstehen.

Da die Stellungnahmen nicht nach einem einheitlichen Frageraster abgegeben wurden, ist die synoptische Übersicht notgedrungen unvollständig.

Vor allen Dingen mußte auf Quantifizierungen verzichtet werden, da über unterschiedliche Zeiträume und unter unterschiedlichen Kriterien über die Leistungen in den einzelnen Bundesländern berichtet wurde. Auch konnten nicht alle Bedenken und Anregungen im Detail in dieser Kurzübersicht berücksichtigt werden.

Die Originaltexte aller Stellungnahmen der Bundesländer befinden sich im Anhang (s. S. 113).

Tabelle

Synoptische Zusammenfassung der Stellungnahmen der Bundesländer zu den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

0	1. Grundforderung	2. Rahmenbedingungen	3. Bessere Planung und Koordination durch		4. Priorität
	Die Beseitigung grober, inhumaner Mißstände hat jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen.	1. Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken 2. Gemeindenahe Versorgung 3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung 4. Bedarfsgerechte Koordination aller Dienste *).	3.1 Bildung überschaubarer Standardversorgungsgebiete (SVG)	3.2 Bildung von Gremien zur Koordination	4.1 ambulante und beratende Dienste
Ständiger Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder (s. Anhang S. 209)	Seit Zwischenbericht 1973 beachtliche Veränderungen bei der Beseitigung von Mißständen durch: — Leistungen der Bundesländer — Initiativen engagierter Mitarbeiter — Unterstützung durch die Öffentlichkeit. Aber: Verhältnisse noch heute teilweise unwürdig. Humanitäre Grundbedürfnisse in psychiatrischen Großkrankenhäusern noch nicht durchweg befriedigt. Gefahr, daß dies bei Realisierung der Empfehlungen übersehen wird.	Grundsätzliche Zustimmung, aber Gefahr der „Psychiatrisierung" der Gesellschaft, daher Beschränkung auf das Realisierbare und Notwendige.	Bündelung der Dienste im SVG erforderlich. Pflichtaufnahmegebiete auch für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und für freigemeinnützige Krankenhäuser.	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften erforderlich, dabei Niedergelassene Ärzte und freie Initiativen berücksichtigen. Psychosozialer Ausschuß fraglich, geronto-psychiatrische Arbeitsgemeinschaften entbehrlich. Referate für psychosoziale Versorgung bei den Landesministerien erfordern entsprechende Personalausstattung. Beiräte oder freie Formen der Kooperation mit Fachleuten außerhalb der Verwaltung sinnvoll. Bund-Länder-Instiut für Psychiatrie nicht erforderlich, wenn bereits bestehende Stellen Aktivitäten ausbauen. Koordination und Information wurde durch Ständigen Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder seit 1974 wesentlich verbessert.	Bessere Qualifizierung und Koordinierung der Dienste wichtiger als Vermehrung. Zweifel an Notwendigkeit Psychosozialer Kontaktstellen, dies sollte Aufgabe der Beratungsstellen der Gesundheitsämter werden. Bedarfgerechte Vermehrung und regionale Verteilung von Facharztpraxen sollte Vorrang vor institutionalisierten ärztlichen und nichtärztlichen Beratungsdiensten haben. Ambulante Dienste an Krankenhäusern nur, wenn stationärer Bereich dadurch nicht verschlechtert wird. Bedarf an mehr psychotherapeutischen Angeboten, aber vorher gezielte Bedarfsforschung unter Berücksichtigung von Gruppen- und Verhaltenstherapie. Niedergelassene Ärzte stärker in Gemeindedienste (Sozialstationen, Dienste für alte Menschen) einbeziehen.

*) In ihrem Zuleitungsschreiben zum Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (1973) hatte die Bundesregierung den Ländern die Aufstellung langfristiger Gesamtprogramme und darauf abgestimmte Sofortprogramme empfohlen (s. S. 72).

Tabelle

haben der Ausbau und Aufbau von				5	6
4.2 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Umstrukturierung der großen Fachkrankenhäuser	4.3 komplementäre, teilstationäre und rehabilitative Dienste	4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen	4.5 Angebote für spezielle Patientengruppen	Lösung rechtlicher Probleme	Vorschläge für die Forschung
Schwerpunkt der Versorgung liegt weiter beim Fachkrankenhaus. Ergänzende Fachabteilungen müssen Pflichtaufnahmegebiet umfassend versorgen, dto. nichtöffentliche psychiatrische Fachkrankenhäuser. Bedarf für stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen klären.	Komplementäre und teilstationäre Dienste dringend erforderlich. Tageskliniken wichtiger als Nachtkliniken. Probleme: In Länderhaushalten in der Regel keine entsprechenden Mittel. Kostenträgerschaft bundeseinheitlich klären. Heimbedarf für schwere Pflegefälle und depravierte Suchtkranke berücksichtigen. Konsiliardienst für Altenheime, Altenkrankenheime, Altenpflegeheime sicherstellen. Mindestanforderungen für Werkstätten senken. Werkstätten in Krankenhäusern anerkennen.	Mehr Weiterbildungsstellen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für Psychagogen schaffen. Statt Facharzt für Geriatrie, Wissen über altersspezifische Probleme in allen Disziplinen verbreitern. Bedenken gegen Facharzt für Psychotherapie/Psychosomatik, bzw. für analytische Medizin. Psychiatrie stärker in die Grundausbildung der Allgemeinmediziner einbringen. Verbesserung der Qualifikation aller Berufsgruppen so anlegen, daß die Bemühungen direkt dem Kranken und Behinderten zugute kommen.	Psychisch kranke alte Menschen: außer Tageskliniken auch Tagesstätten schaffen. Konsiliardienst für Heime aller Art sicherstellen. Kinder- und Jugendpsychiatrie: wegen Personalmangel auf Ausbau bestehender Einrichtungen und Ausschöpfung freiwerdender Kapazitäten konzentrieren. Kooperation mit Jugend- und Sozialhilfe verstärken. Vorrangig junge Patienten mit dissozialem Verhalten besser versorgen. Zuständigkeit hier klären. Geistig Behinderte: Ausgliederung aus Psychiatrischen Behandlungszentren fortführen. Normalisierungsprinzip nicht überstrapazieren. Produktionsprozesse in Werkstätten humanisieren. Anreize für Früherkennung, Frühbehandlung schaffen. Suchtkranke: Schwerpunkt muß im ambulanten Bereich liegen. Qualifizierte stationäre Einrichtungen trotzdem erforderlich. Heime für depravierte Alkoholiker schaffen. Für Suizidgefährdete, Epilepsiekranke, Hirnverletzte und Nichtseßhafte zwar spezielle therapeutische Angebote, nicht aber in jedem Fall besondere Einrichtungen und Versorgungssysteme erforderlich. Psychisch kranke Straftäter: Verbund von Universitätskliniken und Maßregelvollzugsanstalten schaffen, um jüngere Ärzte für die forensische Psychiatrie zu gewinnen. Personelle, bauliche und therapeutische Verbesserungen dringend erforderlich.	Rehabilitationsangleichungsgesetz: Kostenregelung für komplementäre Dienste überarbeiten. Schwerbehindertengesetz: Anforderungen der Werkstätten den Bedürfnissen der psychisch Kranken und Behinderten anpassen, Krankenhauswerkstätten anerkennen. Reichsversicherungsordnung: Begriff des Pflegefalls der Entwicklung der Medizin anpassen. Maßregelvollzugsgesetz: Rahmenentwurf, der vom Arbeitskreis erarbeitet wurde, realisieren. Strafrecht: Statt Sonderregelung für straffällig gewordene alte Menschen entsprechende Aufklärung der Justiz.	Bedarfsforschung vor allen Dingen im Bereich der Psychotherapie. Nachgeordnete Mitarbeiter psychiatrischer Krankenhäuser stärker in Lehre und Forschung einbeziehen. Vereinheitlichung der psychiatrischen Dokumentation notwendig.

noch Tabelle

noch Synoptische Zusammenfassung der Stellungnahmen der Bundesländer zu den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

0	1. Grundforderung	2. Rahmenbedingungen	3. Bessere Planung und Koordination durch		4. Priorität
	Die Beseitigung grober, inhumaner Mißstände hat jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen.	1. Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken 2. Gemeindenahe Versorgung 3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung 4. Bedarfsgerechte Koordination aller Dienste *).	3.1 Bildung überschaubarer Standardversorgungsgebiete (SVG)	3.2 Bildung von Gremien zur Koordination	4.1 ambulante und beratende Dienste
Baden-Württemberg (s. Anhang S. 114)	Aufbau- und Nachholprogramm für die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser seit 1958. Dringlichkeitsprogramm zur Sanierung der Landeskrankenhäuser 1974 (Abschluß Anfang der 80er Jahre). Die Begeisterung für Neuerungen darf nicht davon ablenken, daß Mißstände in bestehenden Einrichtungen vollends beseitigt werden müssen.	Zustimmung. Psychiatrieplan 1974 im Sinne der Enquete. Wichtig: Gemeindenähe nicht nur für Akutkranke, sondern auch und gerade für Langzeitkranke und Pflegebedürftige.	Pflichtaufnahmegebiete wurden verkleinert. Auch drei nichtstaatliche Häuser übernahmen Versorgungsgebiete. Pflichtaufnahmegebiete auch für neue Behandlungszentren nötig.	Koordination und Kooperation aller Dienste soll vom Gesundheitsamt aus sichergestellt werden.	Niedergelassene Ärzte durch Zuordnung von Fachkräften, wie Sozialarbeitern, in die Lage versetzen, Lücken in der sozialen Nachbetreuung zu schließen.

*) In ihrem Zuleitungsschreiben zum Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (1973) hatte die Bundesregierung den Ländern die Aufstellung langfristiger Gesamtprogramme und darauf abgestimmte Sofortprogramme empfohlen (s. S. 72).

noch Tabelle

haben der Ausbau und Aufbau von				5	6
4.2 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Umstrukturierung der großen Fachkrankenhäuser	4.3 komplementäre, teilstationäre und rehabilitative Dienste	4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen	4.5 Angebote für spezielle Patientengruppen	Lösung rechtlicher Probleme	Vorschläge für die Forschung
Mehrere neue Abteilungen in Betrieb genommen, bzw. in der Planung. Wirtschaftlichkeitsanalysen für Fachabteilungen notwendig. Bei Umstrukturierung freiwerdender Kapazitäten an Allgemeinkrankenhäusern prüfen, ob Größe, Struktur und Standort geeignet sind. Vollversorgung einer Region muß gewährleistet sein. Große Fachkrankenhäuser wurden in Abteilungen gegliedert.	Komplementäre Dienste können auch als erste Stufe vor dem Bau von Behandlungszentren geschaffen werden. Finanzierung und Kostenträgerschaft dringend zu klären. Heime und Werkstätten dringlicher als Tageskliniken. Ausbau von internen und externen beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Angeboten verstärken. Enge Zusammenarbeit zwischen Landeskrankenhäusern und Heimen sichergestellt.	Weiterbildung für Pflegepersonal 1977 begonnen. Facharzt-Weiterbildung verbessert.	Alterskranke: Zahlreiche Spezialheime geschaffen. Einrichtung von Tagesstätten wichtig. Kinder- und Jugendpsychiatrie: Bedarf u. a. wegen Geburtenrückgang und freier Kapazitäten in pädiatrischen Kliniken und Abteilungen sowie in heilpädagogischen Einrichtungen neu zu überprüfen.	Entwürfe zum Bundesmeldegesetz und Bundeskriminalamtsgesetz gefährden rechtliche Gleichstellung. Pflegekosten der Übergangs- und Reha-Einrichtungen durch Abstimmung der Sozial- und Krankenversicherungsgesetzgebung klären. Krankenhauswerkstätten nach Schwerbehindertengesetz anerkennen.	Wirtschaftlichkeitsanalysen für psychiatrische Abteilungen. Bettenbedarf für Psychosomatik klären.

noch Tabelle

noch Synoptische Zusammenfassung der Stellungnahmen der Bundesländer zu den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

0	1. Grundforderung	2. Rahmenbedingungen	3. Bessere Planung und Koordination durch		4. Priorität
	Die Beseitigung grober, inhumaner Mißstände hat jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen.	1. Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken 2. Gemeindenahe Versorgung 3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung 4. Bedarfsgerechte Koordination aller Dienste *).	3.1 Bildung überschaubarer Standardversorgungsgebiete (SVG)	3.2 Bildung von Gremien zur Koordination	4.1 ambulante und beratende Dienste
Bayern (s. Anhang S. 122)	Grobe Mißstände schon seit längerer Zeit beseitigt, aber noch Nachholbedarf bei Sanierung der Krankenhäuser. Neben einer Förderung des stationären Akutbereiches der Psychiatrie stehen für den Pflegebereich zusätzlich Mittel seit 1978 zur Verfügung.	Zustimmung. Gewarnt wird jedoch vor Gefahr einer perfektionistischen Totalversorgung. Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten 1971 erhielt Zustimmung der Sachverständigen-Kommission. Landesregierung erarbeitet derzeit „Aktionsprogramm psychiatrischer Versorgung in Bayern", das Enquete berücksichtigt.	22 Standardversorgungsgebiete (zwischen 220 000 und 720 000 Einwohnern; Ausnahme: Ballungsraum München) geplant. Koordination und Kooperation vor allem Aufgabe der sieben bayerischen Bezirke.	Modellhafte Erprobung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften im Regierungsbezirk Oberfranken.	Ambulante und begleitende Dienste haben künftig Schwergewicht. Örtliche Verteilung der Niedergelassenen Nervenärzte sollte im Interesse unterversorgter Gebiete verbessert werden. Starke Expansion im Bereich der Selbsthilfegruppen und der Laienhilfe.
Berlin (s. Anhang S. 129)	Modernisierung der Fachkrankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen wird fortgeführt.	Zustimmung. Psychiatriebericht 1973 berücksichtigt Enquete.	Seit 1973 Kreuzberger Modell einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung mit Verzahnung stationärer und ambulanter Dienste. Übertragung dieses Modells auf alle Bezirke geplant. Dabei Neuordnung der Aufnahme-Gebiete.	Psychiatriebeirat gebildet mit vier Arbeitsgruppen.	Basisbedarf durch sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter, Niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten gedeckt. Drei Fachkrankenhäuser und eine Fachabteilung schlossen Institutsverträge für Ambulanzen, weitere Ambulanzen vorgesehen.

*) In ihrem Zuleitungsschreiben zum Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (1973) hatte die Bundesregierung den Ländern die Aufstellung langfristiger Gesamtprogramme und darauf abgestimmte Sofortprogramme empfohlen (s. S. 72).

noch **Tabelle**

haben der Ausbau und Aufbau von				5	6
4.2 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Umstrukturierung der großen Fachkrankenhäuser	4.3 komplementäre, teilstationäre und rehabilitative Dienste	4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen	4.5 Angebote für spezielle Patientengruppen	Lösung rechtlicher Probleme	Vorschläge für die Forschung
Grundsätzlich für Fachabteilungen, die allerdings ausreichend groß sein müssen. Im Vordergrund stehen die Entflechtung und Differenzierung der Fachkrankenhäuser und die Schaffung von Abteilungen in unterversorgten Gebieten. Schwerpunkt der stationären Versorgung weiter bei den Bezirkskrankenhäusern.	Landesplan für Behinderte 1974 berücksichtigt auch psychisch Behinderte bei allen rehabilitativen Diensten. Nicht mehr krankenhauspflegebedürftige Patienten sollen vorrangig in Heime verlegt werden. Übergangseinrichtungen, Wohnheime und Wohngemeinschaften in der Planung bzw. bereits in Betrieb.	Aus-, Fort- und Weiterbildung für Ärzte seit jeher gegeben; für Pflegepersonal hat Weiterbildung dezentral begonnen.	Für psychisch kranke Straftäter mit besonderem Sicherheitsrisiko wird Sondereinrichtung mit 230 Plätzen gebaut. Für Drogenabhängige wird ein flächendeckendes Beratungs- und Behandlungsnetz realisiert.	Neues Gesetz über Unterbringung und Betreuung psychisch kranker Straftäter in der parlamentarischen Beratung. Der Entwurf enthält die erforderlichen Inhalte des Rahmenentwurfs eines Maßregelvollzugs in den Grundzügen. Forderungen sonst im wesentlichen wie Ständiger Arbeitskreis und Baden-Württemberg.	Bettenbedarf für Psychosomatik als Teil der Allgemeinpsychiatrie klären.
Planung sieht Verkleinerung der Fachkrankenhäuser vor. Parallel dazu neue Organisation und Differenzierung von Abteilungen, so daß es 17 Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zwischen 40 und 410 Betten geben wird. Universitätskliniken erhielten zusätzliche Stationen für Psychotherapie/Psychosomatik. Zusätzliche Stellen für Psychotherapeuten an Inneren Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern seit 1976.	Angebot an geschützten Wohnplätzen, Patientenclubs, arbeitstherapeutischen Institutionen, Tages- und Nachtkliniken ausgebaut. Wesentliche Erweiterung geplant. Enquete-Empfehlungen im Heimbereich nahezu verwirklicht.	1979 soll Weiterbildung für Pflegepersonal beginnen. Seit 1977 mehr Ausbildungsplätze für Psychagogen. Dringend zu erweitern sind die Ausbildungsmöglichkeiten für Psychoanalytiker.	Sonderprogramm zur Bekämpfung des Drogen- und Alkoholmißbrauchs, zwei Senatsberichte dazu 1978 sehen Ausbau der Therapiekette und der Prävention vor.	Nichtärztliche Psychotherapie gesetzlich regeln. Unterbringungsgesetz wird novelliert im Hinblick auf die Unterbringung nicht behandlungswilliger Suchtkranker. Forderungen sonst wie Ständiger Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten und Baden-Württemberg.	

noch Tabelle

noch Synoptische Zusammenfassung der Stellungnahmen der Bundesländer zu den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

0	1. Grundforderung	2. Rahmenbedingungen	3. Bessere Planung und Koordination durch		4. Priorität
	Die Beseitigung grober, inhumaner Mißstände hat jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen.	1. Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken 2. Gemeindenahe Versorgung 3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung 4. Bedarfsgerechte Koordination aller Dienste *).	3.1 Bildung überschaubarer Standardversorgungsgebiete (SVG)	3.2 Bildung von Gremien zur Koordination	4.1 ambulante und beratende Dienste
Freie Hansestadt Bremen (s. Anhang S. 137)	Durch Sanierung und Neubauten ist die Akutversorgung jetzt als optimal zu bezeichnen.	Zustimmung. Bericht über Situation der psychisch Kranken und geistig Behinderten von 1975 im Sinne der Enquete, ebenfalls Entwurf zum Krankenhausbedarfsplan von 1977. Strukturplan für die Neuro-Psychiatrie von 1970 wurde auf Grund des Zwischenberichts ergänzt.	In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Pflichtaufnahmegebiete problematisch.	Koordination der Dienste durch Beratungsstellen der Gesundheitsämter.	Arbeit der Niedergelassenen Ärzte soll durch psychiatrische Beratungsdienste der Gesundheitsämter ergänzt werden.
Freie und Hansestadt Hamburg (s. Anhang S. 153)	Stufenplan zur Sanierung von Ochsenzoll 1969. Auch humane Unterbringung psychisch kranker Rechtsbrecher demnächst sichergestellt.	Zustimmung. Realisierung des Maximalprogramms gemäß den besonderen Bedingungen eines Stadtstaates. Neuer Plan seit 1978 in Arbeit.	Sektorisierung im ambulanten Bereich bereits erreicht, im klinischen Bereich wegen guter Verkehrsverbindungen keine Pflichtaufnahmegebiete geplant.	Statt Beirat ad-hoc-Beratungen durch Sachverständige. Mehrere Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften durch freie Initiativen.	Ambulanz vor allem für Nachsorge in Ochsenzoll vorgesehen. Beratungsstellen der Gesundheitsämter werden ausgebaut auch im Hinblick auf psychiatrischen Notdienst, hier enge Kooperation mit Niedergelassenen Ärzten.

*) In ihrem Zuleitungsschreiben zum Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (1973) hatte die Bundesregierung den Ländern die Aufstellung langfristiger Gesamtprogramme und darauf abgestimmte Sofortprogramme empfohlen (s. S. 72).

noch Tabelle

haben der Ausbau und Aufbau von				5	6
4.2 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Umstrukturierung der großen Fachkrankenhäuser	4.3 komplementäre, teilstationäre und rehabilitative Dienste	4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen	4.5 Angebote für spezielle Patientengruppen	Lösung rechtlicher Probleme	Vorschläge für die Forschung
Neue Abteilungen in Betrieb bzw. geplant.	Übergangsheime geplant bzw. geschaffen. Bedarf an Heimplätzen gedeckt. Werkstatt für psychisch Behinderte geplant.	Weiterbildung für Pflegepersonal begonnen.	Starre Pflicht-Aufnahmegebiete in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schwierig. Zentrum für das behinderte Kind als multi-disziplinäre Behandlungsstätte in Form eines Kooperationsmodells von Klinik und Niedergelassenen Ärzten entwickelt.	Unterbringungsgesetz von 1962 wird novelliert. Forderungen sonst wie Ständiger Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten und Baden-Württemberg.	
Integration der Psychiatrie durch acht bereits bestehende Abteilungen. Zum Ausbau der ortsnahen Versorgung zwei weitere Abteilungen geplant bzw. im Aufbau. Weitere Differenzierung in Ochsenzoll vorgesehen.	Enquete-Empfehlungen im Heimbereich seit langem verwirklicht. Neue Bestandsaufnahme sieht Ausbau der komplementären und teilstationären Einrichtungen vor. Gute Erfahrungen mit Tageskliniken, hier Erweiterung möglich.	Weiterbildung für Pflegepersonal 1974 begonnen. Außerdem sozial-psychiatrische Fortbildungsseminare für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Psychiatrische Fortbildungsangebote für Niedergelassene Ärzte.	Therapiekette für Drogenabhängige geschaffen. Anfang 1978 Koordinierungsstelle für Rauschmittelfragen eingerichtet. Sozialtherapeutischer Dienst (Landessozialamt) hilft Drogen- und Alkoholabhängigen zusätzlich.	Unterbringungsgesetz von 1966 wurde 1978 durch Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen ersetzt, dabei auch Regelung des ärztlichen Notdienstes. Sonst wie Ständiger Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten und Baden-Württemberg.	

noch Tabelle

noch Synoptische Zusammenfassung der Stellungnahmen der Bundesländer zu den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

0	1. Grundforderung	2. Rahmenbedingungen	3. Bessere Planung und Koordination durch		4. Priorität
	Die Beseitigung grober, inhumaner Mißstände hat jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen.	1. Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken 2. Gemeindenahe Versorgung 3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung 4. Bedarfsgerechte Koordination aller Dienste *).	3.1 Bildung überschaubarer Standardversorgungsgebiete (SVG)	3.2 Bildung von Gremien zur Koordination	4.1 ambulante und beratende Dienste
Hessen (s. Anhang S. 159)	Seit 1973 Sanierung und Modernisierung der Landeskrankenhäuser, Nachholbedarf nur noch in Teilbereichen.	Zustimmung. Psychiatrieplan 1972 deckt sich mit Enquete-Empfehlungen, Fortschreibung in Bearbeitung.	Planung geht zunächst von bereits bestehenden Krankenhausversorgungsgebieten aus, die größer sind als ein SVG.	Bildung eines Beirats wird geprüft. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften in mehreren Gebieten. Anbindung an andere ambulante Dienste vorgesehen.	Fachkrankenhäuser sollen Ambulanzen mit Institutsverträgen erhalten, zahlreiche Ermächtigungsambulanzen bereits vorhanden. Entwurf eines Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst sieht mehr ambulanten Dienst vor. Das Netz der Sozialpsychiatrischen Dienste an Gesundheitsämtern wird ausgebaut. Zahlreiche Beratungsstellen aller Art vorhanden.
Niedersachsen (siehe Anhang S. 166)	Neues Sanierungsprogramm 1976 bis 1981 stellt Beseitigung der letzten unwürdigen Unterbringungsbedingungen sicher.	Zustimmung. Der Psychiatrieplan 1971 zum Aufbau ortsnaher Versorgung ist Bestandteil des Landesentwicklungsprogramms 1985 bzw. der mittelfristigen Planung 1977—1981.	In Hannover Sektorisierung durch Aufnahmegebiete für Landeskrankenhaus, Hochschulklinik, städtische Klinik und freigemeinnütziges Haus. Ausweitung dieses Modells auf andere Regionen bereits realisiert bzw. vorbereitet.	Freiwillige Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Nervenärzte werden begrüßt. Psychosoziale Ausschüsse entbehrlich. Forderung nach Psychosozialem Referat praktisch erfüllt. Fachbeirat im neuen PsychKG verankert.	Bessere Koordination wichtiger als Ausbau. PsychKG 1978 überträgt diese Aufgabe den Gesundheitsämtern, die sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für Vor- und Nachsorge können dabei auf andere Träger delegiert werden. Fachärzte Rückgrat ambulanter Versorgung, einzelne Krankenhäuser erhielten ambulante Dienste.

*) In ihrem Zuleitungsschreiben zum Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (1973) hatte die Bundesregierung den Ländern die Aufstellung langfristiger Gesamtprogramme und darauf abgestimmte Sofortprogramme empfohlen (s. S. 72).

noch Tabelle

haben der Ausbau und Aufbau von				5	6
4.2 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Umstrukturierung der großen Fachkrankenhäuser	4.3 komplementäre, teilstationäre und rehabilitative Dienste	4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen	4.5 Angebote für spezielle Patientengruppen	Lösung rechtlicher Probleme	Vorschläge für die Forschung
Die Landeskrankenhäuser verkleinert und aufgegliedert. Abteilungen in der Planung bzw. kurz vor der Realisierung.	Zahlreiche Übergangsheime sowie beschützte Wohn- und Arbeitsplätze geschaffen, weiterer Ausbau geplant.	Weiterbildung für Pflegepersonal begonnen. Facharztweiterbildung verbessert.	Suchtkranke: Rehabilitation muß verbessert werden. Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationärer Bedarf gedeckt, Ausbau ambulanter Dienste notwendig.	Gesetzentwurf über die Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sieht Ausbau ambulanter Dienste vor. PsychKG geplant. Forderungen sonst wie Ständiger Arbeitskreis der Psychiatrie-Refeten und Baden-Württemberg.	
Landeskrankenhäuser werden in gemeindenahe Behandlungszentren umgewandelt. Bildung angegliederter psychiatrischer Abteilungen bzw. Schaffung von Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern dort, wo LKH's ortsnahe Versorgung nicht sicherstellen können. In Ballungsgebieten wurden kleinere Psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen und in ländlichen Gebieten gerontopsychiatrische Abteilungen gefördert. Sie entstanden teilweise durch Umwandlung nicht mehr notwendiger anderer Abteilungen.	Wurde mit Nachdruck verfolgt. Zahlreiche Plätze in Übergangs-, Wohn- und Pflegeheimen geschaffen. Prinzip einer engen Verzahnung mit Krankenhäusern auch im Hinblick auf fachärztliche Betreuung. Weiterer Ausbau vorgesehen. Zahlreiche neue Tageskliniken, Übergangsheime, Wohnheime und Werkstätten. Weiterer Ausbau wird vorangetrieben.	Weiterbildung für Pflegepersonal. Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung für Sozialarbeiter beginnt.	Versorgung Alterskranker durch qualifizierte Heim- und Sozialstationen verbessert. Kinder- und Jugendpsychiatrie: Neue stationäre Zentren im Entstehen, Ausbau ambulanter Dienste in Kooperation mit Sozial- und Jugendhilfe. Suchtkranke: Netz von Fachambulanzen geplant, Verbesserung stationärer Einrichtungen. Fünf-Länder-Vertrag für Bau einer Einrichtung nach § 93 a JGG. Einrichtungen für psychisch kranke Rechtsbrecher werden saniert.	Neues Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke seit 1. 7. 78 in Kraft. Forderungen sonst wie Ständiger Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten und Baden-Württemberg.	Evaluationsforschung für Psychotherapie und Psychosomatik notwendig, desgleichen für Fachabteilungen. Bedarfsforschung ausbauen, insbesondere für Meßziffern im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

noch Tabelle

noch Synoptische Zusammenfassung der Stellungnahmen der Bundesländer zu den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

0	1. Grundforderung	2. Rahmenbedingungen	3. Bessere Planung und Koordination durch		4. Priorität
	Die Beseitigung grober, inhumaner Mißstände hat jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen.	1. Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken 2. Gemeindenahe Versorgung 3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung 4. Bedarfsgerechte Koordination aller Dienste *).	3.1 Bildung überschaubarer Standardversorgungsgebiete (SVG)	3.2 Bildung von Gremien zur Koordination	4.1 ambulante und beratende Dienste
Nordrhein-Westfalen (s. Anhang S. 177)	Mißstände durch Sofortprogramme der beiden Landschaftsverbände, der freien Träger und des Landes weitgehend beseitigt.	Zustimmung. Enquete wird als Fortschreibung und Ausformung des Landeszielplanes von 1972 betrachtet.	Planung zunächst auf Grundlage der Krankenhausversorgungsgebiete, SVGs erst in der zweiten Phase. Modelle gemeindenaher Psychiatrie mit Pflichtaufnahmegebieten in ländlichen sowie städtischen Regionen. Pflichtaufnahmegebiete überall angestrebt.	Auf Grund eines Erlasses von 1976 gründeten Gesundheitsämter in vielen Städten und Kreisen Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften. Psychosoziale Ausschüsse zunächst nicht vorgesehen. Statt ständigen Beirats ad-hoc-Beratungen.	Vor- und Nachsorge seit 1969 (PsychKG) Aufgabe der Gesundheitsämter. Teilweise Delegation an Kliniken und Niedergelassene Ärzte. Nachgehende Fürsorge der Niedergelassenen Ärzte muß ausgebaut werden. Krankenhäuser richten zunehmend ambulante Dienste mit Instititutsverträgen ein. Erfreuliche Zunahme von Laienhelfergruppen.
Rheinland-Pfalz (s. Anhang S. 185)	Sanierung und Modernisierung der Fachkrankenhäuser nahezu abgeschlossen. Grundforderung nur noch in Teilbereichen aktuell.	Zustimmung. Landesplanung im Sinne der Enquete. Psychiatriebericht des Landes 1978.	Bildung von Pflicht-Aufnahmegebieten für alle Fachkrankenhäuser angestrebt, auch für freigemeinnützige.	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften im Entstehen. Statt Beirat wechselnde Beratungen durch Sachverständige.	Kassenärztliche Vereinigung auf Notwendigkeit einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung durch Niedergelassene Ärzte hingewiesen. Sozialpsychiatrische Dienste an Gesundheitsämtern im Aufbau.

*) In ihrem Zuleitungsschreiben zum Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (1973) hatte die Bundesregierung **den Ländern die Aufstellung** langfristiger Gesamtprogramme und darauf abgestimmte Sofortprogramme empfohlen (s. S. 72).

noch Tabelle

haben der Ausbau und Aufbau von				5	6
4.2 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Umstrukturierung der großen Fachkrankenhäuser	4.3 komplementäre, teilstationäre und rehabilitative Dienste	4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen	4.5 Angebote für spezielle Patientengruppen	Lösung rechtlicher Probleme	Vorschläge für die Forschung
Zahlreiche Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern im Aufbau bzw. in der Planung. Erfahrungen zeigen, daß bei entsprechendem Angebot von Vor- und Nachsorgeeinrichtungen auch mit weniger als 200 Betten die umfassende Versorgung eines bestimmten Gebietes möglich ist. Die Landeskrankenhäuser wurden verkleinert und in Funktionsbereiche untergliedert.	Ausbau von Tageskliniken, Übergangsheimen, Wohnheimen, Rehabilitationswerkstätten wird weiter vorangetrieben.	Weiterbildung für Pflegepersonal im Rheinland. Zusatzausbildung für Suchttherapeuten in Westfalen. Mehrere neue Schulen für Arbeits- und Beschäftigungstherapie.	Suchtkranke: Akutversorgung verbessert. Rehabilitation und Prävention sowie Versorgung depravierter Alkoholkranker vordringlich. Kinder- und Jugendpsychiatrie: Starker Arztmangel, Ausbau der ambulanten Angebote notwendig. Alterskranke: Situation durch Schaffung von Heimen verbessert. Klärungsstellen zur Verhinderung der Fehlplazierung notwendig. Geistig Behinderte: Getrennte Versorgung auch innerhalb der LKH's angestrebt.	Forderungen wie Ständiger Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten und Baden-Württemberg. „Heimfinanzierungsgesetz" auf Landesebene wegen Finanzlage nicht in Sicht.	
Verkleinerung und Entflechtung der Landesnervenkliniken wird fortgesetzt. Psychiatrische Abteilungen an Allgemein-Krankenhäusern sind geplant.	Bedarf an Heimen scheint gedeckt, Belegung durch andere Bundesländer ist rückläufig. Weitere Übergangsheime geplant. Berufliche Rehabilitation seelisch Behinderter soll verstärkt werden.	Weiterbildung für Pflegepersonal im Aufbau. Schaffung neuer Ausbildungskapazitäten für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten. Zusätzliche Weiterbildungsstellen für Kinder- und Jugendpsychiater.	Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ausbau im stationären Bereich, Realisierung bzw. Planung. Alterskranke: Verbesserung durch Schaffung von Abteilungen. Geistig Behinderte: Bildung eines Sonderbereiches in einem psychiatrischen Krankenhaus.	Landesgesetz über sozialpsychiatrische Hilfen und Schutzmaßnahmen in Vorbereitung. Forderungen sonst wie Ständiger Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten und Baden-Württemberg.	

noch Tabelle

noch Synoptische Zusammenfassung der Stellungnahmen der Bundesländer zu den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

0	1. Grundforderung	2. Rahmenbedingungen	3. Bessere Planung und Koordination durch		4. Priorität
	Die Beseitigung grober, inhumaner Mißstände hat jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen.	1. Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken 2. Gemeindenahe Versorgung 3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung 4. Bedarfsgerechte Koordination aller Dienste *).	3.1 Bildung überschaubarer Standardversorgungsgebiete (SVG)	3.2 Bildung von Gremien zur Koordination	4.1 ambulante und beratende Dienste
Saarland (s. Anhang S. 191)	Sofortprogramm schon Ende der sechziger Jahre. Grundforderung erfüllt.	Zustimmung. Psychiatrieplan des Landes berücksichtigt Enquete.	Vier Versorgungsgebiete vorgesehen.	Gesundheitsamt erprobt Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in Saarbrücken, bei Bewährung Arbeitsgemeinschaften in allen Landesteilen. Expertengremium berät Landesregierung.	Schwerpunkt in den nächsten Jahren im Ausbau dieses Bereichs. Ambulante Versorgung nicht optimal, da Niedergegelassene Ärzte ungleichmäßig verteilt. Netz ambulanter Dienste (u. a. Sozialpsychiatrische Dienste bei Gesundheitsämtern) wird ausgebaut. Noch keine Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern beantragt.
Schleswig-Holstein (s. Anhang S. 196)	Sanierung der Großkrankenhäuser bereits seit 1964. Beseitigung noch heute unzureichender Zustände darf nicht unter unrealistischer Zukunftsplanung leiden.	Zustimmung. Psychiatrieplan 1978 berücksichtigt Enquete, soweit nicht Einwände formuliert.	Zwei Modellversorgungsgebiete im ländlichen und städtischen Bereich. Bildung von zwei weiteren Versorgungsgebieten im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ist für die nächsten Jahre vorgesehen. Das Land wird dann in 7 Versorgungsgebiete eingeteilt sein.	Fachbeirat 1975 gegründet.	Zusätzliche Beratungsstellen geschaffen. Finanzierung jedoch unklar. Zahl der Niedergelassenen Nervenärzte seit 1969 verdoppelt.

*) In ihrem Zuleitungsschreiben zum Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission (1973) hatte die Bundesregierung den Ländern die Aufstellung langfristiger Gesamtprogramme und darauf abgestimmte Sofortprogramme empfohlen (s. S. 72).

noch Tabelle

haben der Ausbau und Aufbau von				5	6
4.2 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Umstrukturierung der großen Fachkrankenhäuser	4.3 komplementäre, teilstationäre und rehabilitative Dienste	4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen	4.5 Angebote für spezielle Patientengruppen	Lösung rechtlicher Probleme	Vorschläge für die Forschung
Entflechtung des Landeskrankenhauses Merzig abgeschlossen. Das bestehende System von Fachkrankenhäusern, Abteilungen muß nicht vergrößert werden. Im Vordergrund stehen qualitative Verbesserungen.	Weitere Übergangseinrichtungen notwendig, Finanzierung jedoch unklar. Heimbedarf für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke gedeckt. Ebenfalls Bedarf an Tageskliniken. Bedarf an Nachtkliniken nicht erkennbar.	Weiterbildung für Pflegepersonal im Aufbau. Neue Schule für Arbeits- und Beschäftigungstherapie.	Suchtkranke: Es entstanden private Fachkrankenhäuser über Landesbedarf hinaus. Kinder- und Jugendliche: Ausbau der Dienste erforderlich. Alterskranke: Bedarf gedeckt.	Unterbringungsgesetz wird novelliert. Mehr Vor- und Nachsorge. Forderungen sonst wie Ständiger Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten und Baden-Württemberg. Für Maßregelvollzug vermutlich eigenes Landesgesetz.	
Verkleinerung der Landeskrankenhäuser eingeleitet, erste Abteilungen zur Dezentralisierung geschaffen, weitere geplant. Dabei muß darauf geachtet werden, daß die chronisch Kranken nicht durch den Ausbau der gemeindenahen Versorgung vernachlässigt werden.	Übergangseinrichtungen erforderlich, Kostenfrage noch ungeklärt. Bedarf an Heimen für Pflegefälle gedeckt.	Weiterbildung für Pflegepersonal läuft. Fortbildung institutionalisiert.	Ärztemangel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forderung nach multidisziplinären Arbeitsgruppen für je 50 000 Einwohner völlig unrealisierbar. Eigenständiges Versorgungssystem für geistig und seelich Behinderte nicht vorrangig. Besonderer Versorgungsbereich für diese Gruppen in den Landeskrankenhäusern vorgesehen.	Entwurf für ein Gesetz über Hilfen und Unterbringung für psychisch Kranke und Behinderte als Ersatz für Unterbringungsgesetz aus dem Jahre 1957 liegt vor. Forderungen sonst wie Ständiger Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten und Baden-Württemberg.	

4 B. Stellungnahme des Ständigen Arbeitskreises der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder

Der Ständige Arbeitskreis hat seine Stellungnahme als mehrheitliche Auffassung der Psychiatrie-Referenten abgegeben. Dabei war er bemüht, seinen „Aussagen grundsätzlich für alle Länder allgemeingültigen Charakter zuzuordnen". Der Originaltext der Stellungnahme befindet sich im Anhang (s. S. 209).

Die folgenden allgemeinen Anmerkungen sind der Stellungnahme zu den einzelnen Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission vorangestellt:

„Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung — (Drucksache 7/4200 vom 25. November 1975 — künftig Schlußbericht) wird vom Ständigen Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten der Länder und des Bundes begrüßt. Der Arbeitskreis fühlt sich verpflichtet, den Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission und der einzelnen Arbeitsgruppen für ihre Bemühungen zu danken, die unter zum Teil schwierigen Verhältnissen nicht nur eine Analyse des gegenwärtigen Standes der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erarbeitet haben, sondern zugleich umfassende Vorschläge für eine Neuordnung der psychiatrischen Versorgung vorlegten.

Schon während der Vorarbeiten, insbesondere aber auch nach Vorlage des Zwischenberichts der Sachverständigen-Kommission (Drucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973) ist es in weiten Kreisen zu einer unerwarteten Verstärkung des speziellen Problembewußtseins gekommen. Das allgemeine Verständnis für die Belange der psychisch kranken Mitbürger wurde dadurch entscheidend gefördert.

Einige Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder haben auf Grund einer an sie persönlich ergangenen Berufung in der Sachverständigen-Kommission mitgearbeitet. Sie waren bemüht, dort ihre Erfahrungen bei der verwaltungsmäßigen Umsetzung von fachlich begründeten Forderungen zur Verfügung zu stellen. Der Schlußbericht wird in der vorliegenden Stellungnahme des Arbeitskreises einer kritischen Würdigung unterzogen. Es handelt sich hierbei um eine mehrheitliche fachliche Stellungnahme. Der Arbeitskreis geht davon aus, daß der Schlußbericht naturgemäß zahlreiche Kompromißformeln enthält, die nicht zuletzt auf die besondere historische Entwicklung der Fachdisziplin „Psychiatrie" und „Psychotherapie/Psychosomatik" in der Bundesrepublik Deutschland zurückzuführen sind. Zu begrüßen ist die in der Präambel des Schlußberichts enthaltene Feststellung, daß die Reformvorschläge nicht festgeschrieben, sondern der ständigen Überprüfung unterzogen werden sollen. Wenn auch in den einzelnen Gebieten der Bundesrepublik Deutschland bestimmte Besonderheiten der Versorgungssituation psychisch Kranker (z. B. in den Stadtstaaten) bestehen, so hat sich der Arbeitskreis dennoch bemüht, seinen nachfolgenden Aussagen grundsätzlich für alle Länder allgemeingültigen Charakter zuzuordnen.

Wie im Zuleitungsschreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 25. November 1975 ausgeführt wurde, sind die Bundesländer neben Trägern und Verbänden in erster Linie für die psychiatrische Versorgung zuständig. Dieses Schreiben sagt auch aus, daß die Verwirklichung sowohl der Sofortmaßnahmen zur Behebung der im Schlußbericht aufgezeigten dringlichsten Probleme als auch der längerfristigen Maßnahmen von den finanziellen Möglichkeiten abhängig sei. Schon jetzt müsse davon ausgegangen werden, daß die Realisierung nur sehr langsam und stufenweise möglich sei und zusätzliche Mittel angesichts der angespannten Finanzlage der Kostenträger gegenwärtig nicht aufgebracht werden könnten. Bereits an diesem Punkt setzt die Kritik des Arbeitskreises an:

Der Schlußbericht enthält vielfältige, sich teilweise überschneidende Verbesserungsvorschläge für unterschiedliche Versorgungssysteme, von denen einige mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch innerhalb mittel- und langfristiger Perspektiven nicht verwirklicht werden können. Es werden nicht nur für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, sondern vor allem auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zahlreiche neue, hinsichtlich der Einbettung in die öffentliche Verwaltung schwer definierbare Organisationsstrukturen gefordert. Der Umfang der vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen, beispielsweise für Dienste und Einrichtungen mit überwiegend psychotherapeutisch/psychosomatischen Funktionen, birgt die Gefahr einer weitgehenden „Psychiatrisierung" des öffentlichen Lebens in sich und könnte darüber hinaus dazu führen, vom Kern der Versorgungsmängel, insbesondere den teilweise auch heute noch unwürdigen Verhältnissen in psychiatrischen Großkrankenhäusern, die das Rückgrat der stationären psychiatrischen Versorgung bilden, abzulenken. Dies würde in einem Zeitpunkt geschehen, in dem bei diesen Einrichtungen noch nicht durchweg von einer Befriedigung humanitärer Grundbedürfnisse ausgegangen werden kann. Der Arbeitskreis hat sich kritisch mit den zum Teil recht unterschiedlichen Stellungnahmen zum Schlußbericht anderer Stellen und Träger befaßt. Er teilt die dortigen Auffassungen über die mit einer weitgehenden Abwendung vom sogenannten medizinischen Krankheitsbegriff verbundenen Folgen. Dabei vermißt er sowohl in der Präambel als auch in der Zusammenfassung des Schlußberichts einen Hinweis auf die damit verbundenen generellen Schwierigkeiten. Andererseits hält der Arbeitskreis unter Berücksichtigung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen jeweils eine kritische Überprüfung für unerläßlich, inwieweit psychiatrische Versorgungssysteme sowohl im stationären, als insbesondere auch im ambulanten Bereich weiter ausgebaut werden müssen.

Der Arbeitskreis ist der Überzeugung, daß die Ergebnisse des Schlußberichts in die Planungen der einzelnen Länder einzubeziehen sind und für viele Bereiche eine ausreichend fundierte Grundlage bilden. Zahlreiche Einzelprobleme, wie z. B. das der

Versorgung geistig Behinderter außerhalb vorhandener psychiatrischer Krankenhäuser oder das Prinzip einer schwerpunktmäßigen Verlagerung der stationären Gesamtversorgung der psychisch Kranken an Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser, sind noch nicht erprobt und können daher in ihren Konsequenzen auch noch nicht übersehen werden.

Ein besonders schwerwiegendes Problem stellt nach Auffassung des Arbeitskreises das der fehlenden personellen Ressourcen dar. Der Schlußbericht hat nicht zu verdeutlichen vermocht, wie mittel- und langfristig eine Verbesserung der Verhältnisse erreicht werden kann, wenn z. B. an den Bettenmeßziffern des Schlußberichts für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung oder aber an den Forderungen nach einer Vielzahl sich zum Teil überschneidender ambulanter Versorgungssysteme festgehalten wird. Dies gilt sowohl für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie als insbesondere auch für die Bereiche der zukünftigen psychotherapeutisch/psychosomatischen als auch kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.

Unbestritten bleibt es jedoch das Verdienst der mehrjährigen Arbeit der Sachverständigen-Kommission und der einzelnen Arbeitsgruppen, erstmalig eine umfassende Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Zustandes der psychiatrischen Versorgung vorgelegt, im einzelnen kritik- und erprobungsbedürftige Vorschläge gemacht und darüber hinaus versucht zu haben, das Auseinanderfallen psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Versorgungsbereiche zu verhindern.

Vor einer Stellungnahme zu Einzelvorhaben und -analysen hält es der Ständige Arbeitskreis noch für erforderlich, auf die seit Fertigstellung des Zwischenberichts der Sachverständigen-Kommission eingetretenen beachtlichen Veränderungen bei der Beseitigung von Mißständen hinzuweisen. Die Bundesländer werden in ihren Einzel-Stellungnahmen ein anschauliches Bild der vielfältigen Aktivitäten vermitteln, die trotz der gerade in jüngster Zeit sich verschärfenden Finanzlage der öffentlichen Hand und anderer Träger zu verzeichnen sind. Sie geben Anlaß zu der Hoffnung, daß vor allem durch die Initiativen engagierter Mitarbeiter und durch deren Unterstützung auf Grund des gewachsenen Problembewußtseins der Öffentlichkeit Mißstände für die psychisch Kranken beseitigt werden können. Es geht hier um eine Gruppe unserer Mitbürger, die zum größten Teil nicht für sich selbst sprechen kann. Es sind Menschen, deren Krankheitsverlauf ihr eigenes persönliches Schicksal oft immer noch schwer belastet und sie auf die Hilfe anderer angewiesen sein läßt."

4 C. Synoptische Zusammenfassung der Stellungnahmen von Verbänden

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Stellungnahmen von Verbänden, die vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit aufgefordert worden waren, sich kritisch zum Bericht der Sachverständigen-Kommission zu äußern.

Dieser Aufforderung kamen folgende Verbände nach:

Lfd. Nr.	Name des Verbandes
1.	Aktion Psychisch Kranke e. V. — Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker
2.	Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin
3.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.
4.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
5.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser
6.	Bundesärztekammer
7.	Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.
8.	Berufsverband Deutscher Nervenärzte
9.	Berufsverband Deutscher Psychologen e. V.
10.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
11.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde
12.	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V.
13.	Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.
14.	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
15.	Deutsche Krankenhausgesellschaft
16.	Deutscher Caritasverband
17.	Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag
18.	Interparlamentarische Arbeitsgemeinschaft
19.	Kassenärztliche Bundesvereinigung
20.	Marburger Bund
21.	Nationalkomitee für Seelische Gesundheit

Die Originaltexte befinden sich im Anhang (s. S. 242).

Die nach Beginn der Arbeiten an der Stellungnahme der Bundesregierung eingegangenen Texte einiger Verbände:

1. Arbeiterwohlfahrt e. V.
2. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege
3. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge

4. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e. V.

konnten leider nicht mehr in der Synopse berücksichtigt werden.

Die Texte dieser Stellungnahmen sind jedoch ebenfalls im Anhang im Original abgedruckt.

Da den Verbänden anheimgestellt war, sich zu denjenigen Bereichen zu äußern, die zu den Schwerpunkten ihrer Verbandsarbeit gehören, kann die Synopse keinen Anspruch auf eine vollständige Stellungnahme zu allen — im Psychiatrie-Bericht angesprochenen — Bereichen erheben. Der Synopse liegen als Gliederung die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission — entsprechend der Zusammenfassung des Psychiatrie-Berichtes (Drucksache 7/4200, S. 16 bis 36, s. Anhang S. 85) — zugrunde und deshalb konnten zwangsläufig nicht alle Beiträge der Verbände berücksichtigt werden.

Die nachfolgende Tabelle soll einen kurzen Überblick über die Bereiche geben, mit denen sich die Verbände in ihren Stellungnahmen kritisch auseinandergesetzt haben. Auch unter der Einschränkung, daß die Aussagen der Verbände zu den einzelnen Empfehlungen qualitativ teilweise recht unterschiedlich sind, wird aus dieser Übersicht ein Trend in der Gewichtung der einzelnen Empfehlungen deutlich:

Häufigkeit der Aussagen	Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission
17	Koordination und Planung
13	Aus-, Weiter- und Fortbildung
10	Stationäre Dienste
8	Ambulante Dienste
	Komplementäre Dienste
	Dienste für besondere Altersgruppen
6	Dienste für spezielle Patientengruppen
	Zur Versorgung geistig Behinderter
	Zur Prävention
5	Rechtliche Probleme
4	Zur Bündelung der Dienste in geographischen Bereichen — Standardversorgungsgebiet
3	Beratungsdienste
	Zu halb-(teil)stationären Diensten
	Spezielle rehabilitative Dienste
	Zum Bereich Forschung

Für die Bewertungen der einzelnen Empfehlungen ergibt sich folgendes Bild:

	Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission entsprechend der Zusammenfassung des Psychiatrie-Berichtes	Häufigkeit der Aussagen
3.1	**Beratungsdienste**	3
3.2	**Ambulante Dienste**	
3.2.1	Zur Stellung des Niedergelassenen Arztes	2
3.2.2	Zu ambulanten Diensten an stationären Einrichtungen	4
3.2.3	Zum ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsangebot	2
3.3	**Stationäre Dienste**	
3.3.1	Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen	9
3.2.2	Zum therapeutischen Milieu in psychiatrischen Krankenhäusern	1
3.3.3	Patientenanwalt und Fachbeirat	—
3.3.4	Zu stationären psychotherapeutischen Einrichtungen	—
3.4	**Zu halb-(teil)stationären Diensten**	3
3.5	**Zu den komplementären Diensten**	8
3.6	**Spezielle rehabilitative Dienste**	3
3.7	**Dienste für besondere Altersgruppen**	
3.7.1	Zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher	4
3.7.2	Zur Versorgung psychisch kranker alter Menschen	4
3.8	**Dienste für spezielle Patientengruppen**	
3.8.1	Zur Behandlung Suchtkranker	3
3.8.2	Zu den Diensten für Suizidgefährdete, Epilepsiekranke, Hirnverletzte, Nichtseßhafte	1
3.8.3	Zur Versorgung psychisch kranker Straftäter	2
3.9	**Zur Versorgung geistig Behinderter**	6
3.10	**Zur Bündelung der Dienste in geographischen Bereichen — Standardversorgungsgebiet**	4

	Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission entsprechend der Zusammenfassung des Psychiatrie-Berichtes	Häufigkeit der Aussagen
3.11	**Koordination und Planung (allgemein)**	4
3.11.1	Zur Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft	6
3.11.2	Zum Psychosozialen Ausschuß	3
3.11.3	Zum Referat für psychosoziale Versorgung	2
3.11.4	Zur Institution auf Bundesebene	2
3.12	**Aus-, Weiter- und Fortbildung**	
3.12.1	Vermehrung der — in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter — Tätigen	5
3.12.2	Zu allgemeinen Gesichtspunkten der Aus-, Weiter- und Fortbildung	8
3.13	**Rechtliche Probleme**	5
3.14	**Zur Prävention**	6
3.15	**Zum Bereich Forschung**	3

4.1 Zu den Beratungsdiensten

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Es werden Empfehlungen für eine ganze Reihe von ambulanten Beratungsdiensten (Psych.-Enquete Ziffer 3.1, S. 18) ausgesprochen, die in ihrer Vielschichtigkeit noch nicht genügend aufeinander abgestimmt und als kooperative Behandlungsmodelle — insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen Ärzten — noch nicht genügend erprobt sind. Soweit solche Dienste vorhanden sind, kommt es offenbar zunächst mehr auf ihre bessere Qualifizierung und Koordinierung als auf eine Vermehrung an. Es bestehen insbesondere Zweifel, ob neu zu errichtende Psychosoziale Kontaktstellen notwendig sind. Zweckmäßiger erscheint es, diese Aufgabe z. B. den vorhandenen Beratungsstellen der Gesundheitsämter zu übertragen und entsprechend auszubauen (Psych.-Enquete Kapitel B 3.2.3, Ziff. 3, S. 214)."

Die *Verbände* vertreten die Meinung, daß die Zersplitterung der Beratungsdienste überwunden werden muß. Dies sollte, wo immer möglich, durch Bündelung der beratenden und betreuenden Dienste — als zentrale Anlaufstelle — geschehen, z. B. durch Psychosoziale Kontaktstellen.

Probleme ergeben sich nach Ansicht von Verbänden dadurch, daß einige der Aufgaben durch Gesetz von den Gesundheitsämtern wahrzunehmen sind, de facto aber nicht ausgeführt werden. Darum sollten, wo immer es möglich ist, die Voraussetzungen geschaffen werden, diesen Aufgabenbereich anderen Organisationen, z. B. den Wohlfahrtsverbänden, zu übertragen.

Kirchen und andere freie Träger sollten stärker als bisher auf dem ambulanten Sektor tätig werden und in diesem Zusammenhang die Laienhilfe stärker aktivieren.

Die Verbände sind der Ansicht, daß der Ausbau von Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie Modellprogrammen im Bereich der Beratungsdienste vorrangig sind.

Die *Bundesregierung* ist vom breitgefächerten Beratungsbedarf in der Bevölkerung überzeugt und sieht das Problem in engstem Zusammenhang mit der fachlichen Qualifikation der Berater unterschiedlicher Herkunft.

Die Bundesregierung begrüßt die inzwischen vielerorts aktivierte Rolle der Gesundheitsämter auf dem Felde der Beratung, Koordination und Organisation psychiatrischer Versorgung und sieht hier einen Schwerpunkt der sich seit Jahren im Gespräch befindlichen Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Für noch nicht hinreichend ausgereift hält sie die Konsequenz zum Teil bis ins letzte differenzierter Beratungsangebote im Sinne eigenständiger Organisationseinheiten und nebeneinandergestellter Beratungsnetze mit nur schwerlich zu erzwingender Kooperation, auch zu dem in der fachlichen Beratung zentral stehendem Arzt.

Hier geht es in erster Linie auch nach der Meinung der Bundesregierung darum, existierende Beratungsangebote zu qualifizieren, Zusammenspiel zu erproben und gezielt Beratungs- und Kooperationsmodelle zu entwickeln und Erfahrungen auszuwerten.

4.2 Zu den ambulanten Diensten

4.2.1 Der Niedergelassene Nervenarzt

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Der Feststellung des Schlußberichts, der größte Teil psychisch Kranker werde von den Niedergelassenen Nervenärzten (Psych.-Enquete Ziff. 3.2.1, S. 19) versorgt, ist mit Nachdruck zuzustimmen, da der Niedergelassene Nervenarzt bisher immer noch die gemeindenaheste Fachinstitution für psychisch Kranke ist. Diese Facharztpraxen bedarfsgerecht zu vermehren und geographisch zu verteilen, sollte daher Vorrang vor institutionalisierten ärztlichen und nichtärztlichen Beratungsdiensten haben. Insofern wird die Rangfolge der Akzentsetzung anders gesehen als der Bericht sie darstellt (vgl. auch allgemeine Ausführungen). Auch die Versorgung von psychisch Kranken durch den Arzt für Allgemeinmedizin gewinnt zunehmend an Bedeutung. Daher werden alle Bemühungen um dessen entsprechende Fortbildung, vor allem aber um eine künftig breitere Grundausbildung begrüßt."

Besondere Bedeutung messen auch die *Verbände* der Niederlassung von Nervenärzten bei als der immer noch gemeindenahesten Fachinstitution für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Eine Förderung der Niederlassung in sog. „weißen" Gebieten wird für besonders wichtig erachtet, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Die Filterfunktion der Niedergelassenen Fachärzte zwischen praktischem Arzt einerseits und Krankenhaus andererseits könne dazu beitragen, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden; Voraussetzung hierzu sei jedoch gegenseitige Konsultation und Koordinierung aller Ärzte.

Die *Bundesregierung* vertritt mit den Ländern und den Verbänden die Ansicht, daß Ausgangspunkt einer optimalen psychiatrischen Versorgung in erster Stufe ein auch im ländlichen Bereich zu verdichtendes Netz Niedergelassener Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie sein muß. Daneben bedarf es des intensiven Zusammenwirkens — wie auch immer institutionalisiert — verschiedenster heilberuflicher und sozialer Berufe aus dem sozialpsychiatrischen Bereich.

4.2.2 Ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Der Forderung nach ambulanten Diensten an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen (Psych.-Enquete Ziff. 3.2.2., S. 19) wurde in gewissen Grenzen inzwischen im Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz (§ 368 n Abs. 6 S. 2 RVO) entsprochen. Soweit die Träger hiervon Gebrauch machen, werden sie dafür zu sorgen haben, daß der stationäre Bereich dadurch keine Verschlechterung erfährt. In diesem Zusammenhang darf auch daran erinnert werden, daß die Psychiatrie-Enquete von den weitgehend inhumanen Verhältnissen in den psychiatrischen Großkrankenhäusern ausging."

Die *Verbände* begrüßen, daß der Gesetzgeber den besonderen Bedürfnissen in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts Rechnung getragen hat. Durch das Ambulanzrecht werde das Prinzip der gemeindenahen Psychiatrie weiter verwirklicht und die kontinuierliche Behandlung der — aus stationärer Behandlung entlassenen — Patienten zunehmend sichergestellt. Dadurch besteht die Möglichkeit des Abschlusses von Institutsverträgen. Im Sinne einer verbesserten Versorgung halten es die Verbände für wünschenswert, die hier geschaffenen Möglichkeiten — mehr als bisher — auszuschöpfen.

Die *Bundesregierung* sieht die Notwendigkeit der angesprochenen Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung im Falle der Psychiatrie mit ihren hervorstechenden sozialen Bezügen besonders deutlich. Sie geht davon aus, daß die auf diese Weise zu erzielende Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von den Trägern ausgiebig angestrebt wird und erst dann voll zum Tragen kommt, wenn in qualitativer und quantitativer Hinsicht eine Entspannung in der Personalsituation der psychiatrischen Krankenhäuser eingetreten ist.

Mit zunehmender Erfahrung auf diesem Felde wird sodann in angemessener Weise eine Weiterentwicklung erneut zu diskutieren sein. Die Verzahnung ambulanter Dienste mit stationären Einrichtungen sollte modellhaft weiter erprobt werden.

4.2.3 Ambulante fachpsychotherapeutische Dienste

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Unbestritten ist, daß mehr qualifizierte psychotherapeutische Behandlungsangebote (Psych.-Enquete Ziffer 3.2.3, S. 19) geschaffen werden müssen. Jedoch fehlen für eine Bedarfsermittlung konkrete Daten. Dazu sind gezielte Forschungsaufträge bzw. Feldstudien nötig. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, daß inzwischen bestimmte therapeutische Verfahren (Gruppen- und Verhaltenstherapie) mit größerer Breitenwirkung vermehrt eingesetzt werden."

Auch die *Verbände* unterstreichen die Notwendigkeit, die ambulante psychotherapeutische Versorgung entscheidend zu verbessern. Dies sei besonders vorrangig für ländliche Regionen, und sie bedauern, daß die für eine Bedarfsermittlung notwendigen konkreten Daten bisher nicht vorhanden sind, und fordern diesbezügliche Forschungsaufträge.

Wichtig erscheint ihnen in diesem Zusammenhang eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Psychologen, um hier ein notwendiges Maß an psychotherapeutischer Versorgung zwar zu erreichen, nicht aber zu überschreiten.

Die *Bundesregierung* geht davon aus, daß ein deutliches Defizit an psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten besteht. Als Beitrag zumindest zur personellen Lösung dieses Problems bereitet sie augenblicklich einen Gesetzentwurf über das Berufsbild eines — in diesem Felde ergänzend zum Arzt tätigen — Psychotherapeuten vor.

Schwierigkeiten bereitet die Unsicherheit hinsichtlich einer hinreichend akzeptablen und verläßlichen Bedarfsermittlung, falls es dazu kommt, daß eine Vielzahl neuer Dienste sich ohne Integration in das bestehende Netz der Versorgung entwickelt. Definitorische Klärungen und epidemiologische Studien werden die hier vorzunehmende Entwicklungsarbeit zu begleiten haben.

4.3 Zu den stationären Diensten

4.3.1 Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Der Schwerpunkt der stationären psychiatrischen Versorgung (Psych.-Enquete Ziff. 3.3, S. 20) liegt nach wie vor und auch in absehbarer Zukunft beim vorhandenen Fachkrankenhaus. Wenn das psychiatrische Krankenhaus unter Ziffer 1 des Abschnittes 3.3.1 erst an zweiter Stelle genannt wird, so ist daraus keine Rangfolge für die psychiatrische Versorgung herzuleiten. Andererseits wird damit die Grundforderung nach Integration der psychisch Kranken in den Kreis der körperlich Kranken unterstrichen und auch vom Arbeitskreis unterstützt. Bei der Einrichtung ergänzender psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind die Grundsätze der Bedarfsgerechtigkeit und einer flächendeckenden Gesamtversorgung zu berücksichtigen; das heißt, die in Ziffer 2 des Abschnittes 3.3.1 erhobene Forderung, jeder geeigneten stationären psychiatrischen Einheit ein sogenanntes Pflichtaufnahmegebiet zuzuweisen, muß auch auf Fachabteilungen (und im übrigen auch auf nicht öffentliche psychiatrische Fachkrankenhäuser) übertragen werden."

Auch die *Verbände* vertreten übereinstimmend die Meinung, daß der Schwerpunkt der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter bei den Fachkrankenhäusern und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern liegen sollte.

Sie treten für eine Verkleinerung der größeren psychiatrischen Krankenhäuser — d. h. für eine Reduktion der Bettenzahl — ein, warnen jedoch dringend davor, daß diese Entflechtung der Fachkrankenhäuser nicht auf Kosten der chronisch psychisch Kranken gehe, die heute oft noch in Heime abgeschoben werden, in denen keine ausreichenden Möglichkeiten zur Aktivierung, Behandlung und Rehabilitation gegeben sind.

Die Verbände unterstützen generell die Empfehlung, daß im Zuge des empfohlenen Aufbaus eines umfassenden, bedarfsgerechten und gemeindenahen Systems nicht nur die großen psychiatrischen Krankenhäuser verkleinert werden sollen, sondern auch — wo immer dies möglich ist — psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser anzugliedern sind. Umstritten ist hier jedoch die — von der Sachverständigen-Kommission empfohlene — Richtgröße von ca. 200 Betten/Plätzen. Nach Erfahrung einiger Verbände können auch kleinere Abteilungen voll funktionsfähig sein. Außerdem würde das starre Festhalten an dieser Richtzahl die wünschenswerte Denzentralisierung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auch deshalb lähmen, weil — gerade in ländlichen Bereichen — kommunale Träger von Krankenhäusern nicht dazu bereit sein werden, psychiatrische Abteilungsgrößen vorzusehen, die den sonstigen Rahmen des Krankenhauses sprengen würden. Damit würde die jetzt noch oft anzutreffende ungleiche Versorgung von städtischen und ländlichen Regionen auf lange Zeit festgeschrieben.

Die psychiatrische Abteilung sollte sich daher in das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung eines Standardversorgungsgebietes sinnvoll einfügen; die Bettenkapazität sollte vom Bedarf und der Verteilung therapeutischer, betreuender und rehabilitativer Angebote abhängig gemacht werden.

Es wird als notwendig erachtet, Modelle zu erproben, ob und unter welchen Voraussetzungen funktionsfähige psychiatrische Fachabteilungen mit geringerer Bettenzahl an Allgemeinkrankenhäusern angegliedert werden können.

Die Verbände vertreten die Meinung, daß psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einem definierten und auf die jeweilige Kapazität abgestimmten Einzugsgebiet zuzuordnen sind. Auch Universitätskliniken sollten — wenn dies von der Kapazität her möglich ist — zumindest Aufnahmeverpflichtungen für einen definierten Bezirk übernehmen.

Die *Bundesregierung* teilt die Feststellung, daß auch in absehbarer Zukunft das psychiatrische Fachkrankenhaus trotz seiner örtlichen und strukturellen Probleme, an deren Bewältigung gemäß Berichterstattung der Bundesländer mit Nachdruck und auch erfolgreich gearbeitet wird, das Kernstück der stationären Versorgung bleiben wird.

Freiwerdende Betten in anderen Krankenhausbereichen eignen sich, wie die Erfahrungen inzwischen ergeben, nur begrenzt zur Umwandlung in psychiatrische Abteilungen, zumal zu Recht deren Teilhabe an der Vollversorgung eines Pflichtaufnahmegebietes zu verlangen ist. Hierzu kommt, daß vornehmlich Ersatzneubauten — viel weniger Neubauten mit dem Zweck des Bettengewinns — geschaffen werden, so daß auch von hier aus der Schaffung psychiatrischer Abteilungen Grenzen gesetzt sind.

Dennoch wird man bemüht bleiben müssen, dem mit dem Ausbau psychiatrischer Abteilungen in Akutkrankenhäusern verbundenen Grundgedanken einer stärkeren Einbindung der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin nachzukommen.

Die Problematik der Entwicklung einer sog. Zwei-Klassen-Psychiatrie erscheint durch geeignete organisatorische Verbindungen der Abteilungen mit den psychiatrischen Fachkrankenhäusern lösbar zu sein.

4.3.2 Therapeutisches Milieu in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Den Ausführungen über das therapeutische Milieu in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen (Psych.-Enquete Ziff. 3.3.2, S. 21) — insbesondere der Forderung nach Ablösung eines vorwiegend passivierenden Bewahrungsstils durch ein von den Patienten aktiv mitgetragenes therapeutisches Programm — wird grundsätzlich zugestimmt. Es wird

auch für richtig gehalten, daß Stationen, soweit möglich, offen geführt werden. Jedoch darf dabei der Gesichtspunkt einer Selbstgefährdung und die deshalb in bestimmten Bereichen erforderliche intensive Überwachung nicht vernachlässigt werden. Das gleiche gilt auch für die Berücksichtigung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung. Daß die Öffnung der Stationen auch eine Frage der personellen Ausstattung ist, muß hervorgehoben werden. Eine gemischtgeschlechtliche Unterbringung hat sich verschiedenenorts milieutherapeutisch bewährt. Andererseits liegen Erfahrungen vor, die eine Verabsolutierung dieses Prinzips verbieten und namentlich bei bestimmten Psychosen, schweren Neurosen, störenden Verhaltensauffälligkeiten geistig Behinderter oder auch bei einigen Formen der Suchtstoffabhängigkeit eine differenzierende Betrachtungsweise erfordern."

Das therapeutische Milieu in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen spielt in den Stellungnahmen der *Verbände* — im Gegensatz zum Ständigen Arbeitskreis — kaum eine Rolle; es wird lediglich darauf hingewiesen, daß das therapeutische Milieu eine Klinik präge und sich auf die Patienten dementsprechend auswirke.

In Übereinstimmung mit dem Ständigen Arbeitskreis mißt die *Bundesregierung* Maßnahmen der Verbesserung des therapeutischen Milieus in psychiatrischen Krankenhäusern entscheidende Bedeutung bei.

Die hier aufgezeigten Mängel bilden im Zusammenhang mit der grundsätzlichen Strukturproblematik psychiatrischer Krankenhäuser das Kernstück der unbefriedigenden Lage der stationären Versorgung in der Psychiatrie. Die Situation korrespondiert mit derjenigen der stationären Versorgung körperlich Kranker. Durch spezielle Aufgabenzuweisungen wird eine größere Zahl von Mitarbeitern den Patienten immer nur kurzzeitig versorgen, eine ständige Kontaktperson wird nicht mehr in dem Umfang wie vormals zur Verfügung stehen, durch die voll ausgebaute „Apparatemedizin" können neue Ängste geweckt werden. Dabei ist festzuhalten, daß das therapeutische Milieu in besonderer Weise von der Anzahl und von der Qualität des zur Verfügung stehenden Pflegepersonals abhängt.

4.3.3 Patientenanwalt und Fachbeirat

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Über die Notwendigkeit und Art der Institutionalisierung eines Patientenanwaltes und eines Fachbeirates (Psych.-Enquete Ziff. 3. 3. 3, S. 21) konnte der Arbeitskreis keine einheitliche Stellungnahme herbeiführen, da diese Empfehlung der Enquete in den Bundesländern unterschiedlich beurteilt wird."

Die *Verbände* haben zur Notwendigkeit und Art der Institutionalisierung eines Patientenanwaltes und eines Fachbeirates keinerlei Stellung genommen.

Wenngleich die *Bundesregierung* bedauert, daß in dieser Frage keine einheitliche Stellungnahme der Länder zu erzielen war, geht sie doch von der Erwartung aus, daß hier zumindest mehr die „Art" als das „Ob" entsprechender Vertretung des Patienten und/oder beiratsartiger Gremien die Einigung verhindert hat.

Es ist bekannt, daß in einigen Ländern bereits entsprechende Maßnahmen eingeleitet bzw. erwogen sind. Bei der Vielfalt der Trägerschaften und deren unterschiedlichem Selbstverständnis dürfte es schwer sein, hier auch auf längere Sicht hin letzte Einheitlichkeit zu erzielen.

Immerhin ist das Anliegen in die Diskussion gebracht worden. Impulse für die weitere Entwicklung werden sich aus den Erfahrungen ergeben, die mit alternativen Lösungen hierzu gemacht werden.

4.3.4 Stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Soweit stationäre psychotherapeutische Einrichtungen (Psych.-Enquete Ziff. 3. 3. 4, S. 21) gefordert werden, muß wie bei den ambulanten psychotherapeutischen Diensten (Psych.-Enquete Ziff. 3. 2. 3) darauf hingewiesen werden, daß aussagefähige Bedarfsanalysen fehlen. Voraussetzung für den Aufbau solcher Dienste ist außerdem die Klärung der Weiterbildungsfragen (siehe hierzu auch Bemerkung unter Ziff. 3. 12. 2)."

Zu den stationären psychotherapeutischen Einrichtungen haben sich die *Verbände* nicht geäußert.

Die *Bundesregierung* ist mit den Ländern der Meinung, daß auch im stationär-psychotherapeutischen Bereich eine überzeugende Bedarfseingrenzung noch zu erarbeiten sein wird, dessen ungeachtet nach wie vor ein Nachholbedarf an Einrichtungen und Plätzen besteht, dem eine vielleicht aus Gründen der oben angesprochenen Unsicherheit in der Bedarfsfrage zu zögernde Kapazitätsentwicklung gegenübersteht.

Sie ist davon überzeugt, daß das quantitative Gewicht des Defizits psychotherapeutischer Angebote im ambulanten Bereich zu suchen ist.

4.4 Zu den halb-(teil)stationären Diensten

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die gestufte Rehabilitation für psychisch Kranke und Behinderte ist eine der wesentlichen neuen Konzeptionen, die in der Enquete zur Lage der Psychiatrie dargelegt wurde. Deshalb wird die Forderung nach dem Auf- und Ausbau teilstationärer Dienste (Psych.-Enquete Ziff. 3. 4, S. 22) nachdrücklich unterstützt. Im Gegensatz zur Tagesklinik wird die Bedeutung der Nachtklinik allerdings kritischer zu sehen sein, insbesondere wird die Entwicklung des Bedarfs aufmerksam zu verfolgen sein."

Nach Meinung der *Verbände* können die teilstationären Dienste eine Voraussetzung zur Entlastung der psychiatrischen Großkrankenhäuser sowie zur Vermeidung unnötiger oder zu langer und damit auch kostenungünstiger stationärer Behandlungen sein.

Umstritten ist jedoch die Bedeutung der Tages- und Nachtkliniken: einerseits werden sie als wichtige Einrichtungen in der Versorgungskette angesehen, andererseits wird die Ansicht vertreten, daß sich nach den bisherigen Erfahrungen das System der Tages- und Nachtklinik — entgegen den Erwartungen — nicht sehr bewährt habe, und es wird vorgeschlagen, daß z. B. die im größeren Umfang eingerichteten Übergangsheime diese Aufgaben weitgehend übernehmen können.

Die *Bundesregierung* begrüßt und unterstützt das Bekenntnis zum Auf- und Ausbau teilstationärer Dienste, deren Rolle im Rahmen einer gestuften Rehabilitation erheblich ist.

Sie sieht zugleich aber auch die Schwierigkeiten, die sich dabei aus der Lokalisation sehr vieler psychiatrischer Krankenhäuser außerhalb der Ballungsräume ergeben. So werden neue Organisationsmodelle teilstationärer Einrichtungen — insbesondere im Hinblick auf ihre Anbindung an das psychiatrische Krankenhaus — zu entwickeln und weiterhin zu erproben sein.

4.5 Zu den komplementären Diensten

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die komplementären Dienste (Psych.-Enquete Ziff. 3. 5, S. 22), das sind also Heime, beschützende Wohnungen, Tagesstätten, Familienpflege, Clubs u. ä., sind unabdingbare Voraussetzungen für eine längerfristige Entlastung der stationären psychiatrischen Einrichtungen. Soweit sie volle Patientenversorgung übernehmen sollen (sogenannter Heimsektor), hängt ihre Eignung von einer qualifizierten personellen Ausstattung und auch von einer ausreichenden fachärztlichen Betreuung ab. Es muß hervorgehoben werde, daß Träger der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege bereits in beachtlicher Weise solche komplementären Dienste eingerichtet haben. Einem weiteren Ausbau stehen aber erhebliche Schwierigkeiten im Wege, da in den Länderhaushalten in der Regel keine entsprechenden Mittel zur Verfügung stehen. Nach den bisher gesammelten Erfahrungen erscheint allerdings der von der Enquete-Kommission geschätzte Gesamtbedarf an Heimplätzen von 2,24 je 1000 Einwohner zu hoch. Es wird auch zu überprüfen sein, inwieweit hierfür neuerdings frei werdende Kapazitäten aus anderen Bereichen durch entsprechende Umstrukturierung verwendet werden können. In diesem Zusammenhang ist nochmals die Forderung nach einer ausreichenden Berücksichtigung des Bedarfs für schwere Pflegefälle und depravierte Suchtkranke zu erheben. Weiter erscheint es vordringlich, daß die Kostenübernahme, insbesondere im Hinblick auf das Rehabilitationsangleichungsgesetz und andere einschlägige gesetzliche Bestimmungen, bundeseinheitlich geklärt bzw. neu geregelt werden."

Besondere Bedeutung messen auch die *Verbände* dem Auf- und Ausbau der komplementären Dienste für diejenigen psychisch Kranken und Behinderten bei, die keine andauernde stationäre psychiatrische Versorgung mehr bauchen. Sie vertreten die Ansicht, daß auch Kirchen und andere freie Träger in diesem Versorgungsbereich wichtigste Aufgaben übernehmen sollten. Es müßten die Voraussetzungen geschaffen werden, daß psychiatrisch/psychotherapeutisches Fachpersonal für den Aufbau und den Betrieb derartiger Einrichtungen nebenamtlich tätig werden kann und sich auch tatsächlich für diese Aufgabe zur Verfügung stellt. Besondere Aufmerksamkeit sollte nach Meinung der Verbände auf die Prüfung der Einrichtungen für nichtkrankenhausbedürftige Personen nach den Kriterien ausreichende Rehabilitationsangebote und soziale Betreuung gerichtet werden. Denn wenn die Reform der Psychiatrie sich auf die Klinifizierung der Anstalten allein beschränkt, ohne gleichzeitig den Aufbau quantitativ und qualitativ ausreichender komplementärer Dienste zu betreiben, dann werden die meisten chronisch psychisch Kranken in ein Vakuum abgeschoben zwischen den psychiatrischen Krankenhäusern einerseits, die sich auf Akutkranke konzentrieren, und den überforderten kommunalen Sozialdiensten andererseits. Damit würden die psychisch und sozial schwerst Behinderten unter den psychisch Kranken von der Reform der Psychiatrie ausgeschlossen bleiben.

Dringend fordern die Verbände deshalb den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung dieser Einrichtungen zu schaffen.

Die *Bundesregierung* vertritt ebenso die Ansicht, daß die angestrebte Verbesserung und Entlastung im stationären Bereich der Psychiatrie nicht allein durch Maßnahmen innerhalb der Kliniken erreicht werden kann.

Sowohl zur Entlastung der psychiatrischen Krankenhäuser wie zum Aufbau des gestuften rehabilitativen Systems ist die Schaffung komplementärer Dienste erforderlich.

Für Beteiligte und Außenstehende erfordert jenes Netz komplementärer Dienste insoweit ein Umdenken, als es sich hierbei um einen — beinahe nahtlos aus der Klinik heraus zu entwickelnden — Anteil der Versorgung handelt, der in so mancher, vor allem sozialpsychiatrischer Sicht durchaus noch Merkmale ehedem klinischer Versorgung beibehält und mithin von deutlicher Spezifität bleibt.

Die Bundesregierung mißt der gestuften Rehabilitation gerade auch in der von der Sachverständigen-Kommission aufgezeigten Vielfalt der Möglichkeiten erhebliche Bedeutung zu, weil nur auf diesem Wege eine frühe Rückführung geheilter Patienten sichergestellt und gebesserten Patienten oder solchen, bei denen eine „Heilung mit Defekt" zu erreichen ist, die Wiedereingliederung in Familie, Beruf und Gesellschaft ermöglicht werden können. Dieses inzwischen in unterschiedlicher Trägerschaft und

Beschaffenheit schon stark gewachsene Netz zum Teil recht unkonventioneller Einrichtungen bedarf der weiteren Systematisierung und vor allem der finanziellen Konsolidierung.

Im Rahmen ihrer Modellmaßnahmen prüft die Bundesregierung die Breite des vorzuhaltenden Leistungsangebots und die dazu derzeit vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten. Sie ist bemüht, kostenregelnde Möglichkeiten — z. B. für Übergangsheime und für den Bereich der Pflege — zu erreichen.

4.6 Zu den speziellen rehabilitativen Diensten

4.6.1 Werkstätten für Behinderte

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„In Übereinstimmung mit der Sachverständigen-Kommission mißt der Arbeitskreis dem Aufbau eines Netzes gut strukturierter Werkstätten für Behinderte (Psych.-Enquete Ziff. 3. 6. 1, S. 23) große Bedeutung zu. Diese Werkstätten sollten rehabilitationsfähigen Behinderten offenstehen, auch wenn diese nicht das in § 52 Abs. 3 des SchwbG geforderderte Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeit leisten können. Sie sollten andererseits aber auch dann anerkannt werden können, wenn sie (wie beispielsweise in psychiatrischen Krankenhäusern) nicht allen Behinderten zur Verfügung stehen. Eine Änderung des Schwerbehindertengesetzes erscheint insofern erforderlich. In diesem Zusammenhang bedürfen auch die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Einbeziehung von Schwerbehinderten in das Gesetz über die Sozialversicherung von Behinderten einer Überprüfung."

Die *Verbände* sind ebenfalls der Auffassung, daß die psychiatrischen Krankenhäuser für diejenigen seelisch Behinderten, die nicht in komplementären Einrichtungen versorgt werden können, aber besonderen Anspruch auf eine intensive Betreuung haben, eine anerkannte Werkstatt für Behinderte und sehr gut ausgebildetes Personal brauchen.

Die *Bundesregierung* sieht im Aufbau eines Netzes gut strukturierter Werkstätten für Behinderte eine wichtige Aufgabe. Allerdings wären die Werkstätten überfordert, über ihre gesetzlich zugewiesenen Aufgaben der Eingliederung in das Arbeitsleben — berufliche Rehabilitation — hinaus auch medizinisch und eigenständig soziale Aufgaben zu übernehmen.

Eine Änderung des Schwerbehinderten-Gesetzes wird daher von der Bundesregierung nicht für erforderlich gehalten. Damit bedarf es auch keiner Änderung sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften.

4.7 Zu den Diensten für besondere Altersgruppen

4.7.1 Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die Forderung nach einer Verbesserung der Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher (Psych.-Enquete Ziff. 3. 7. 1, S. 24) wird grundsätzlich unterstützt. Dabei ist jedoch zu prüfen, in welchem Umfang die Bevölkerungsentwicklung und das Freiwerden von Kapazitäten in der allgemeinen Krankenhausversorgung (u. a. in der Pädiatrie) die Planung beeinflußt. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß auf absehbare Zeit nur von geringen personellen Ressourcen in diesem fachärztlichen Bereich ausgegangen werden kann. Daher erscheint zunächst eine Konzentration auf den Ausbau vorhandener Einrichtungen zweckmäßig. Dabei müssen Weiterbildungsstellen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Psychagogen) in genügendem Umfang geschaffen werden. Die Zusammenarbeit aller bereits vorhandenen Einrichtungen der Jugend- und Sozialhilfe mit klinischen Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zu verstärken. Vordringlich erscheint die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit dissozialem Verhalten. Dabei sind Unklarheiten über die Zuständigkeit für diesen Personenkreis zu beseitigen."

Die *Verbände* sind der Meinung, daß der Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher besondere Bedeutung zukomme. Diese Patientengruppe sollte zwar soweit wie möglich in die allgemeine Versorgung integriert werden, aber auch Sondereinrichtungen seien erforderlich, um den jeweils speziellen Bedürfnissen gerecht zu werden und eine ausreichend differenzierte Behandlung und Betreuung zu gewährleisten.

Die *Bundesregierung* erkennt die Notwendigkeit des Ausbaus der Kinder- und Jugendpsychiatrie voll an. Sie akzeptiert die Zurückhaltung der Länder, die sich aus letztjährigen Erfahrungen im Bereich der Pädiatrie und prognostischen Überlegungen ergibt, und stimmt der darauf bezogenen Schwerpunktsetzung zu.

Nicht zuletzt im Hinblick auf den Schwerpunkt einer bedarfsgerechten Versorgung mit kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzten sowie Psychotherapeuten — die nicht Ärzte sind — mißt auch die Bundesregierung der Schaffung ausreichender Weiterbildungsplätze einen besonderen Rang bei.

4.7.2 Versorgung psychisch kranker alter Menschen

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Daß nachdrücklich auf die wachsende Bedeutung einer besseren Versorgung psychisch kranker alter

Menschen (Psych.-Enquete Ziff. 3. 7. 2, S. 25) eingegangen wird, ist sehr zu begrüßen. Es werden jedoch in der Reihenfolge der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission folgende Anmerkungen gemacht (s. Anhang S. 92):

2. Da im höheren Lebensalter körperliche und psychische Erkrankungen häufig nebeneinander bestehen und die Verzahnung der psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Versorgung daher für alte Menschen besonders wichtig ist, müßten auch an den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern gerontopsychiatrische Pflegeeinheiten geschaffen werden.

Bei dem Begriff „gerontopsychiatrische Pflegeeinheit" handelt es sich wohl um die Angliederung von gerontopsychiatrischen Behandlungseinheiten an die psychiatrische Abteilung von Allgemeinkrankenhäusern.

4. Wo immer möglich, sollten gerontopsychiatrische Tageskliniken eingerichtet werden. Solche Institutionen erlauben gründliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen, ohne daß der alte Patient aus seiner vertrauten Umgebung herausgerissen werden muß. Gleichzeitig werden hierdurch die Familien vorübergehend entlastet, welche die Pflege und Betreuung ihrer erkrankten Angehörigen noch selbst übernehmen.

Ergänzend zu der Forderung nach Tageskliniken sollte man hier auch an die Einrichtung von Tagesstätten denken.

5. Das Schwergewicht der psychiatrischen Versorgung muß gerade bei den Patienten im höheren Lebensalter auf dem ambulanten Bereich liegen. Es wird die Einrichtung gerontopsychiatrischer Polikliniken empfohlen, die gemeinsam mit den Niedergelassenen Nervenärzten und in enger Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten — vor allem den Einrichtungen der offenen Altenhilfe — in dem jeweiligen Standardversorgungsgebiet Aufgaben der Beratung, Behandlung und Prävention übernehmen.

Anstelle der Empfehlung, gerontopsychiatrische Polikliniken einzurichten, erscheint es wichtiger, die Niedergelassenen Ärzte in eine differenzierte Versorgung der Alterskranken, insbesondere auch solcher mit psychischen Störungen, einzubeziehen; dabei sind gezielte Fortbildungsmaßnahmen erforderlich. Es bietet sich darüber hinaus eine enge Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Gemeindepflege, z. B. Sozialstationen, bei der Behandlung dieses besonders betreuungsbedürftigen Personenkreises an.

7. Die Einrichtungen der Altenhilfe bilden einen wesentlichen Bestandteil des gerontopsychiatrischen Versorgungssystems. Die größte Bedeutung kommt dabei dem Altenkrankenheim/-pflegeheim zu. Durch Ausbau und Strukturveränderung bereits bestehender und Errichtung neuer Altenkranken- und -pflegeheime soll in Zukunft die Überfüllung psychiatrischer Landeskrankenhäuser mit psychisch Alterskranken möglichst vermieden werden. Solche Maßnahmen bedürfen aber der sorgfältigen Planung und der behutsamen Durchführung, da sich die Situation psychisch kranker alter Menschen durch die Strategie der forcierten Ausgliederung aus dem psychiatrischen Krankenhaus und durch überstürzte Verlegungen in ungeeignete Heime unter Umständen erheblich verschlechtern kann.

Einrichtungen der Altenhilfe, in denen kranke und pflegebedürftige alte Menschen mit dem Ziel der bestmöglichen Rehabilitation betreut werden, führen nicht in allen Bundesländern die Bezeichnung „Altenkrankenheime". Bei solchen Einrichtungen ist neben der allgemeinärztlichen auch eine fachärztliche Betreuung, evtl. in Verbindung mit dem regional nächstgelegenen psychiatrischen Behandlungszentrum, sicherzustellen.

8. Um die Arbeit der von den verschiedenen Trägern angebotenen Dienste der Altenhilfe besser zu koodinieren, sollten in den Standardversorgungsgebieten Arbeitsgemeinschaften der beteiligten Träger und Einrichtungen gebildet werden. Zwischen diesen Arbeitsgemeinschaften und den für eine multiprofessionelle Diagnostik zuständigen gerontopsychiatrischen Einrichtungen (Poliklinik, Assessment-Unit) sollen bindende Vereinbarungen auf freiwilliger Basis getroffen werden, um eine sachgerechte Plazierung der Patienten in den Einrichtungen zu ermöglichen, welche ihren Bedürfnissen am besten entsprechen.

Gerontopsychiatrische Arbeitsgemeinschaften werden für entbehrlich gehalten, so sehr auch der Ruf nach Koordination der gesamten psychiatrischen Versorgung unterstützt wird.

9. Die Verbesserung der alterspsychiatrischen Versorgung hängt entscheidend von einer Intensivierung von Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen für alle an der Betreuung alter Menschen beteiligten Berufsgruppen ab. Erforderlich ist die Einführung eines Facharztes der Geriatrie.

Die Ausweitung der Ausbildungs-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen für die im gerontopsychiatrischen Bereich tätigen Personen ist unabdingbar. Was die Forderung nach einem eigenen Facharzt für Geriatrie angeht, so ist einmal darauf hinzuweisen, daß der prozentuale Anteil alter Menschen immer mehr ansteigt, so daß in allen medizinischen Disziplinen (z. B. Chirurgie, innere Medizin, Urologie usw.) die Kenntnisse über die dem jeweiligen Fachgebiet zuzuordnenden altersspezifischen Veränderungen berücksichtigt werden müssen. Aus diesem Grund sind die Ausbildungsordnungen (Bund) zu überprüfen. Außerdem ist Wert auf eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Diagnostik und Therapie sicherzustellen."

Die *Verbände* fordern eine generelle Förderung der Versorgung psychisch Kranker alter Menschen. Sie vertreten die Meinung, daß die Fehlbelegung in den psychiatrischen Krankenhäusern offenbar zu Lasten einer größeren Fehlbelegung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe zuückgegangen sei. Zur Vermeidung dieser Fehlbelegung sollten differenzierte und integrierte Angebote geschaffen werden, z. B. qualifiziert arbeitende Tagespflegeheime, psychiatrische Abteilungen in Altenheimen und sonstige halboffene und offene Hilfen. Dabei müsse gewährleistet sein, daß die Patienten in die

— ihrem Zustand entsprechende — Einrichtung kommen und dort optimale Hilfe erhalten.

Vorrang sollte dem Ausbau der ambulanten und teilstationären Dienste und Einrichtungen zukommen und die Familien sollten bei der Betreuung ihrer Angehörigen unterstützt werden.

Hier könnten vor allem die Wohlfahrtsverbände — entsprechend ihrer traditionellen Aufgaben — in größerem Umfang als bisher tätig werden und einen entscheidenden Beitrag zur Reform der Versorgung dieser Patientengruppe leisten.

Die *Bundesregierung* begrüßt die auch durch die Psychiatrie-Referenten und die Länder bereits hervorgehobene, besonders dringlich dargestellte Notwendigkeit verstärkter Bemühungen im gerontopsychiatrischem Bereich, was im Zusammenhang mit den insgesamt anwachsenden Problemen geriatrischer Versorgung zu sehen ist.

Sie schließt sich der Beurteilung an, derzufolge geriatrische incl. gerontopsychiatrische Grundversorgung zunächst Aufgabe Niedergelassener Ärzte unter Verfügbarkeit gerontopsychiatrisch ausgerichteter komplementärer Dienste ist.

Deren Auf- und Ausbau unter Vermeidung überzogener Institutionalisierung und Isolierung sowie verstärkte geriatrische — hier speziell gerontopsychiatrische — Thematik in Aus-, Weiter- und Fortbildung aller einschlägigen Berufe erscheint auch der Bundesregierung vorrangig.

4.8 Zu den Diensten für spezielle Patientengruppen

4.8.1 Suchtkranke

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die Festellung der Sachverständigen-Kommission, daß der Schwerpunkt bei der Behandlung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit heute auf der ambulanten Betreuung liege, bedarf der Erläuterung: Eine erfolgversprechende Behandlung der Suchtkranken (Psych.-Enquete Ziff. 3.8.1, S. 26) erfordert im allgemeinen eine lebensbegleitende Betreuung. Damit liegt der Schwerpunkt im ambulanten Bereich. Innerhalb einer solchen therapeutischen Konzeption spielt jedoch für die Mehrzahl der behandlungsbedürftigen Suchtkranken der Aufenthalt in einer qualifizierten stationären Einrichtung eine wesentliche Rolle. Daß depravierte Alkoholiker mit ihren körperlichen, geistigen und psychischen Verfallserscheinungen oft unter geschlossenen Bedingungen in Heimen oder psychiatrischen Krankenhäusern versorgt werden müssen, ist in der Enquete mit Recht hervorgehoben worden."

Die *Verbände* fordern generell eine Verbesserung der Versorgung der Suchtkranken, insbesondere der Alkoholkranken.

Die *Bundesregierung* anerkennt gleichermaßen den ambulanten Behandlungsschwerpunkt der Alkohol- und Drogenabhängigkeit, ohne die Rolle klinischer oder komplementärer Einrichtungen im Gesamtkonzept von Behandlung und Betreuung zu verkennen.

Die Bundesregierung hat gemeinsam mit den Bundesländern im Rahmen ihres Aktionsprogramms zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs seit 1971 in diesem noch immer unterversorgten Bereich gerade der Entwicklung ambulanter Einrichtungen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. In einem ersten „Großmodell", zu dem teilweise bis zu 60 verschiedene örtliche Aktivitäten zählen, sind Erkenntnisse und Erfahrungen gesammelt worden, die für die weitere Entwicklung solcher Einrichtungen richtungsweisend waren. Es sind dabei Standards entwickelt worden, die auch von anderen Trägern übernommen werden konnten. Damit konnten wesentliche Impulse zur Weiterentwicklung im gesamten Felde gegeben werden. Die Weiterentwicklung mit dem Zielpunkt frühestmöglicher Früherkennung, Früherfassung und Frühbehandlung wird mit dem seit dem 1. Januar 1978 laufenden psycho-sozialen Anschlußprogramm verfolgt.

Die Bundesregierung hat gemeinsam mit den Bundesländern darüber hinaus die Entwicklung spezieller Einrichtungen zur stationären Behandlung abhängig Kranker (Alkoholiker, Drogenabhängige) gefördert; neben der Finanzierung von Modellvorhaben sind auch Mittel des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dafür zur Verfügung gestellt worden.

Gemeinsam durch Bund und Länder sind Sondereinrichtungen geschaffen worden oder im Bau befindlich, mit denen die spezielle Versorgung besonderer Problemgruppen sichergestellt werden soll, z. B. die Behandlung mehrfach Abhängiger, die „therapeutische Unterbringung" straffällig gewordener Abhängiger in geschlossenen Einrichtungen.

4.8.2 Suizidgefährdete, Epilepsiekranke, Hirnverletzte, Nichtseßhafte

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die im Schlußbericht dargestellten Probleme der Suizidgefährdeten (Psych.-Enquete Ziff. 3.8.2, S. 26), Epilepsiekranken (Ziff. 3.8.4), Hirnverletzten (Ziff. 3.8.5) und der Nichtseßhaften (Ziff. 3.8.6) sind gruppenspezifisch und erfordern insofern besondere Kenntnisse und Zuwendung, nicht aber in jedem Falle besondere Einrichtungen."

Lediglich über die Gruppe der Epilepsiekranken äußern sich die *Verbände* dahingehend, daß sie — soweit wie möglich — in die allgemeine Versorgung integriert werden sollten. Jedoch seien auch Sondereinrichtungen erforderlich, die den jeweiligen speziellen Bedürfnissen dieser Gruppe gerecht würden.

Die *Bundesregierung* schließt sich der in den Stellungnahmen erkennbaren Zurückhaltung an. Jene sich durchsetzende Differenzierung der psychiatrischen Versorgung im Gefolge einer ehedem beanstandeten undifferenzierten Unterbringungsweise und notgedrungen auch unzulänglichen Behand-

lungsweise muß nicht unbedingt und in jedem Falle bis zur letzten Diagnose hin organisatorisch realisiert sein. Es erscheint insbesondere problematisch, die Gruppe der Nichtseßhaften als spezielle psychiatrische Patientengruppe einzustufen.

Wichtiger sind die Anwendungsmöglichkeiten erfolgversprechender differenzierter Konzepte, wiederum gründend auf Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie wissenschaftlich verarbeiteter Erfahrung.

4.8.3 Psychisch kranke Straftäter

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die Feststellung, daß für die Versorgung psychisch kranker Straftäter (Psych.-Enquete Ziff. 3.8.3, S. 26) grundsätzlich vom Zuständigkeitsbereich der psychiatrischen Versorgung ausgegangen werden muß, hat den in den verschiedenen Gremien ausgetragenen Kompetenzstreit im Interesse dieses besonders benachteiligten Personenkreises beendet.

Dieser Streit war nicht zuletzt Ursache für das immer größer werdende Auseinanderklaffen der Unterbringungsbedingungen und Rehabilitationschancen für psychisch kranke Straftäter gegenüber den in Anstalten des Strafvollzugs untergebrachten Rechtsbrechern. Dabei verkennt der Ständige Arbeitskreis keineswegs die besonders schwierigen Fragestellungen bei der Versorgung der zu einem großen Teil nur als erheblich vermindert schuldfähig bezeichneten Delinquenten, etwa mit abnormen Persönlichkeitsstrukturen, bestimmten Formen neurotischer Fehlentwicklungen oder Grenzbereichen einer geistigen Behinderung.

Die bisher weithin unzureichenden personellen und räumlichen Unterbringungsbedingungen in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs haben eine Differenzierung ebenso erschwert wie die sachgerechte Abstufung der Vollzugsbedingungen. Diese wiederum ermöglichen erst die dringend erforderliche Verbesserung der Beobachtungs- und Beurteilungsmöglichkeiten bezüglich der Kriminal- und (Re)-Sozialisierungsprognose. Damit sind eng verknüpft die Forderungen nach einer Reaktivierung der Forschung im forensisch-psychiatrischen Bereich, wobei sich (s. auch Sondervotum S. 418 bis 422 des Schlußberichts) ein Verbund von Universitätseinrichtungen mit den Maßregelvollzugs-Anstalten zwingend anbietet. Nur so wird es auch möglich sein, das Interesse jüngerer Ärzte nicht nur an forensisch-psychiatrischen Fragestellungen zu wekken, sondern auch deren Bereitschaft zu einer nicht nur vorübergehenden Tätigkeit in solchen Einrichtungen.

Der Arbeitskreis schließt sich auch der Forderung nach einer wesentlichen Erweiterung des therapeutischen Angebots für straffällig gewordene psychisch Kranke mit den dafür nötigen personellen und baulichen Investitionen an. Gleichermaßen unterstützt wird die Forderung nach einer Anerkennung der besonders schwierigen Arbeitsbedingungen für das Personal solcher Einrichtungen.

Im übrigen hat der Arbeitskreis eine eigene Arbeitsgruppe beauftragt, den Rahmenentwurf für ein Maßregelvollzugsgesetz zu erstellen. Dabei wird seitens des Arbeitskreises die Erwartung ausgesprochen, daß es bei den wesentlichen Gesichtspunkten zu einer möglichst einheitlichen Regelung des Maßregelvollzugs in den einzelnen Bundesländern kommt.

Zur schwierigen Frage der zukünftigen institutionellen und administrativen Struktur der Maßregelvollzugs-Einrichtungen geht der Arbeitskreis davon aus, daß eine pragmatische Betrachtungsweise den Erfordernissen am ehesten gerecht wird."

Die *Verbände* vertreten die Meinung, daß die psychisch kranken Rechtsbrecher — die nach den §§ 63, 64 StGB unterzubringen sind und hierbei besonderer Sicherung bedürfen — nicht länger in den Abteilungen für allgemeine Psychiatrie versorgt werden können. Sie unterstreichen die Notwendigkeit, die im Psychiatrie-Bericht vorgeschlagenen Versorgungseinrichtungen zu realisieren.

Die *Bundesregierung* sieht in der Zuständigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems für den psychisch kranken Straftäter, der sowohl krank wie delinquent ist, die Chance einer gestuften rehabilitativen Versorgung. Deren Gestaltung und Ausnützung hängt jedoch vom Maß der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung grundsätzlich bzw. deren Übertragung auch auf den Maßregelvollzugsbereich ab.

Der von dem Ständigen Arbeitskreis erarbeitete Rahmenentwurf eines Gesetzes zu einem „Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt" (Maßregelvollzugsgesetz) bezieht neben den nach §§ 63 und 64 StGB auch die nach § 93 a JGG Unterzubringenden mit ein. Der Entwurf (s. Anhang S. 216) baut auf den Grundsätzen einer modernen psychiatrischen Versorgung auf, die auch bei der Durchführung des Maßregelvollzugs psychisch kranker Straftäter nicht vernachlässigt werden dürfen.

Der Bundesregierung ist bekannt, daß es sich bei dem Maßregelvollzug um Länderrecht handelt. Sie geht davon aus, daß die Länder im Interesse der Rechtseinheit den Rahmenentwurf des Ständigen Arbeitskreises bei der Schaffung entsprechender Gesetze als Grundlage nehmen.

4.9 Zur Versorgung geistig Behinderter

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„So sehr dem Grundsatz zugestimmt wird, die Lebens- und Umweltbedingungen geistig Behinderter (Psych.-Enquete Ziff. 3.9, S. 27/28) denen der Nichtbehinderten weitgehend anzupassen, so sehr muß im Interesse der Behinderten vor einer Überstrapazierung des sogenannten Normalisierungsprinzips

gewarnt werden. Es muß dabei vermieden werden, daß Behinderte in einer Umwelt Nichtbehinderter in eine Randposition gedrängt werden. In diesem Zusammenhang müssen Überlegungen bezüglich einer Humanisierung der Arbeitswelt der Behinderten im Produktionsprozeß, besonders in den automatisierten Produktionsabläufen in Werkstätten für Behinderte, angestellt werden. Es kann auch nicht außer acht gelassen werden, daß die sozio-ökonomischen Bedingungen der Kleinfamilien, insbesondere in städtischen Ballungsbereichen, der Eingliederung Behinderter Grenzen setzt.

Bei grundsätzlicher Anerkennung des Rechts auf Sexualität müssen die dem Behinderten hier gesetzten Grenzen aus humanitären Gründen (für den Behinderten, seinen Partner und seine Umwelt) stärkere Berücksichtigung finden. So ist z. B. eine Beziehung zu dem Begriff „Mutterschaft" eine unabdingbare Voraussetzung bei Maßnahmen der Empfängnisverhütung und der Schwangerschaftsunterbrechung; genetische Beratung einerseits sowie Klärung der Sterilisation nicht einwilligungsfähiger Behinderter, Früherkennung und Frühbehandlung von Risikokindern und die Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen zur Früherfassung geistiger Auffälligkeiten sind unabdingbar. Entsprechende Anreize sind zu schaffen.

Die Zusammenarbeit zwischen teilstationären und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ist in allen Bereichen zu vertiefen; auch die Pflegebereiche der stationären Einrichtungen sind als gleichrangiges Glied in das Versorgungsnetz einzubeziehen.

Die vorbildlichen Initiativen der Bundesarbeitsgemeinschaft „Lebenshilfe für geistig Behinderte" sind weiterhin intensiv zu fördern.

Die Herausnahme geistig Behinderter aus psychiatrischen Behandlungszentren zugunsten einer gesonderten Versorgung ist fortzuführen.

Im übrigen wird den Empfehlungen zugestimmt."

Die *Verbände* treten nachdrücklich für die Trennung der Versorgung geistig Behinderter und psychisch Kranker ein.

Die geistig Behinderten sollten in geeigneten, mehr sozialtherapeutisch ausgerichteten Einrichtungen untergebracht werden, wobei eine konsiliarische Betreuung durch Fachärzte sicherzustellen ist. Außerdem sollten diese Einrichtungen personell und sachlich so ausgestattet werden, daß sie auch schwer geistig Behinderte adäquat fördern können.

Die noch häufig praktizierte Trennung der Geschlechter in den stationären Einrichtungen sollte aufgehoben werden; Mitwirkung und Mitbestimmung sollte den Behinderten bzw. ihren Sorgeberechtigten bei allen Maßnahmen gewährt und Beratungsmöglichkeiten in den einzelnen Einrichtungen geschaffen werden.

Die *Bundesregierung* sieht in der Verbesserung der Lebens- und Umweltbedingungen geistig Behinderter ebenfalls einen Schwerpunkt bei den Bemühungen um die psychiatrische Versorgung. Hierzu haben die vorangestellten Meinungsäußerungen wesentliche Hinweise gegeben.

In Abhängigkeit von der Schwere der Behinderung erkennt auch sie Grenzen in der Anwendung des Normalisierungsprinzips an, verspricht sich von der eingeleiteten Trennung der Einrichtungen geistig Behinderter von den klinischen Behandlungseinheiten Vorteile für beide. Sie spricht sich für die Fortsetzung des Ausbaus gestufter stationärer und teilstationärer sowie die Erprobung unkonventioneller Unterbringungs- und Betreuungsmöglichkeiten aus.

Wenngleich auch bei geistig Behinderten die Familie wie für viele andere Problem-Angehörige die fundamentale Gemeinschaft darstellen soll, sind dieser Maxime durch Schwere der Behinderung und die soziökonomische Lage der Familien Grenzen gesetzt.

4.10 Zur Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geographischen Bereichen
(Standardversorgungsgebiet)

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die Angebote in einem Standardversorgungsgebiet und ihre Bündelung sind in Abschnitt 3.10 der Psych.-Enquete auf den Seiten 28 und 29 summarisch und tabellarisch zusammengestellt. Bei grundsätzlicher Zustimmung sollte betont werden, daß bereits vorhandene Planungs- und Verwaltungsstrukturen zu berücksichtigen sind. Es wird davon ausgegangen, daß die Tabelle lediglich eine Übersicht nach möglichen Versorgungskategorien darstellt. Rückschlüsse auf den Stellenwert der einzelnen Dienste können daraus nicht abgeleitet werden, zumal die für die stationäre psychiatrische Versorgung auf lange Sicht noch unentbehrlichen psychiatrischen Krankenhäuser gar nicht aufgeführt sind."

Die *Verbände* begrüßen grundsätzlich die Bündelung der Angebote in einem Standardversorgungsgebiet. Denn das gemeindenahe Zusammenwirken aller — an der Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation psychisch Kranker und seelisch sowie geistig Behinderter — beteiligter Personen und Einrichtungen kann nur dann gewährleistet werden, wenn ihre vielfältig gegliederte Versorgungsleistung auf einen überschaubaren geographischen Bereich bezogen wird. Sie betonen jedoch, daß vorhandene Planungs- und Verwaltungsstrukturen in jedem Falle mit berücksichtigt werden sollten.

Die *Bundesregierung* vertritt die Meinung, daß die empfohlene Struktur von Standardversorgungsgebieten zwar die Notwendigkeit ausdrückt, in so abgeschlossenen Versorgungsregionen zu denken, daß aber in der konkreten Übernahme und Umsetzung dessen ein hohes Maß an Flexibilität praktiziert werden muß. Auf die eingangs hierzu gemachten Äußerungen wird verwiesen.

Gewachsene Zuständigkeiten, gewachsene regionale Zuordnungen, andere regionale Gliederung maß-

geblich beteiligter Institutionen, Organisationen oder Trägerschaften oder eine bereits vorgegebene andere Sektorisierung des übrigen Krankenhauswesens lassen hier die Forderung nach originalgetreuer Schaffung von Standardversorgungsgebieten im Sinne der Psychiatrie-Enquete nicht immer sinnvoll und realistisch erscheinen.

4.11 Zur Koordination und Planung

4.11.1 Kommunale Ebene: Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (Psych.-Enquete Ziff. 3.11.1 Nr. 1, S. 30), die sich aus allen an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Diensten zusammensetzen, werden als Instrument der Koordination begrüßt. Dabei ist besonderer Wert auf die Mitarbeit der Niedergelassenen Ärzte zu legen. Freie Initiativen sollen gefördert werden."

Die *Verbände* messen der Koordination aller an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Institutionen größte Bedeutung bei, um das vielseitig vorhandene Potential optimal zu nutzen und eine bessere Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Sie weisen jedoch darauf hin, daß dieses Konzept der Kooperation den einzelnen Verbänden einen gewissen Spielraum geben und ihnen die Eigenart ihres Helfens belassen müsse.

Die *Bundesregierung* sieht in den Psychozozialen Arbeitsgemeinschaften (oder analogen Arbeitsgemeinschaften) ebenfalls eine Chance, die Koordinierung auf der Basis abgestimmter Erfahrungen zwischen den benachbarten Diensten und Berufsgruppen einer Region als Grundlage für zunehmende kooperative Einstellung sicherzustellen. Dies ist vor allem deswegen von ganz besonderer Bedeutung, weil das gegliederte und gestaffelte Versorgungsangebot in unterschiedlichster Trägerschaft arbeitet. Erst die in den freiwilligen Arbeitsgemeinschaften möglich werdende Kooperation erschließt aus der Vielfalt des Angebots auch für Hilfesuchende die geeigneten Wege und Maßnahmen.

Die Zustimmung der Länder zum Modell der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft hat dazu geführt, daß in einigen Bundesländern die freiwillige Bildung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften begrüßt und unterstützt wird, während in anderen Bundesländern ihre Gründung auch auf Initiativen der Gesundheitsämter zurückzuführen ist.

Mit zunehmender Erfahrung in der Arbeitsweise dieser Arbeitsgemeinschaften sollte es möglich sein, allzu aufwendige Verfahrensweisen zu vermeiden. Insoweit ist an das Ziel der Kostendämpfung zu erinnern.

4.11.2 Kommunale Ebene: Psychosozialer Ausschuß

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Ob bei guter Koordination von Trägern, Körperschaften und Verwaltungen noch ein eigenes Planungsgremium in Gestalt des Psychosozialen Ausschusses (Psych.-Enquete Ziff. 3.11.1 Nr. 2, S. 30) geschaffen werden sollte, erscheint angesichts der Vielfalt und Überschneidung von Aufgaben fraglich."

Über die Einrichtung eines Psychosozialen Ausschusses bei den Räten der Kreise und kreisfreien Städte herrscht auch bei den *Verbänden* keine einheitliche Meinung: teilweise werden sie für spezielle Planungsaufgaben als notwendig erachtet; teilweise ist man der Ansicht, daß es der Entscheidung der einzelnen kommunalen Körperschaften überlassen bleiben sollte, welchen kommunalen Beratungs- und Entscheidungsgremien dieser Aufgabenbereich zuzuordnen sei.

Die *Bundesregierung* vertritt die Meinung, daß gute Koordination auf der administrativen und planerischen Ebene von höchster Wichtigkeit für die Maßnahmen ist, die dann bei der Versorgung der Patienten zugute kommen sollen.

Setzt man optimale Koordination noch nicht überall voraus, wozu Grund besteht, dann könnte solch ein Ausschuß entsprechende Hilfe leisten; aber es wären gewiß auch andere Wege dazu in den einzelnen Ländern denkbar und sind realisiert, wie die Berichterstattung der Länder ergibt. Die Zurückhaltung gegenüber dem empfohlenen Ausschuß wird von der Bundesregierung nicht als Zurückhaltung gegenüber der Notwendigkeit der dringenden Schaffung der angesprochenen Koordination gewertet.

Auf die eingangs gemachten Ausführungen der Bundesregierung zum Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste wird verwiesen.

4.11.3 Länderebene: Referat für psychosoziale Versorgung und Beirat für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die von der Sachverständigen-Kommission geforderte Einrichtung bzw. der Ausbau eines Referates für psychosoziale Versorgung (Psych.-Enquete Ziff. 3.11.2, S. 30) beim zuständigen obersten Landesressort erfordert eine entsprechende personelle Ausstattung. Die Zusammenarbeit mit Fachleuten außerhalb der Verwaltung wird als geboten angesehen. Ob sie in Form des empfohlenen „Beirates" oder in freier Form zu erfolgen hat, muß nach den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Ländern geregelt werden."

Die *Verbände* sind der Meinung, daß die schon teilweise bestehenden „Psychiatrie-Referate" bei den

jeweils zuständigen Landesministerien zu „Referaten für psychosoziale Versorgung" ausgebaut bzw. neu eingerichtet werden sollten, um die Koordinations- und Planungsleistungen der Kreise und kreisfreien Städte auf Länderebene zusammenfassen zu können.

Die *Bundesregierung* hält die Organisationsform der psychosozialen Zuständigkeit in den Landesregierungen für nicht so vorrangig, daß sie die Zurückhaltung gegenüber der Forderung nach Schaffung eines so bezeichneten Referats nicht akzeptieren könnte. Für die Zusammenarbeit mit den Ländern sieht der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit im Ständigen Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder eine kompetente, Kontinuität gewährende und fachlich ausgestattete Arbeitsebene, von der auch für die Zukunft erfolgreiche Kooperation erwartet werden darf.

4.11.4 Bundesebene: Institution auf der Ebene der elf Bundesländer

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt eine Institution auf der Ebene der elf Bundesländer (Psych.-Enquete Ziff. 3.11.3, S. 30). Diese über Staatsvertrag zwischen den Bundesländern zu errichtende Institution soll in der Materialsammlung, -auswertung und -veröffentlichung aus dem Gesamtgebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ihre wesentliche Aufgabe sehen. Diese Aufgaben bedürfen fraglos einer Lösung, können aber, zumindest auf dem Gebiet der Koordination und Information, von dem seit Frühjahr 1974 eingesetzten Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder wahrgenommen werden. Zusätzliche Aufgaben, wie z. B. die fortlaufende Registrierung planungsrelevanter Daten, können von bereits bestehenden Stellen — gegebenenfalls nach entsprechender Verbesserung der personellen und sächlichen Ausstattung — wie z. B. dem Bundesgesundheitsamt oder dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information erfüllt werden. In diesem Zusammenhang sollte auch geprüft werden, inwieweit die Statistischen Landesämter und das Statistische Bundesamt in die Datenerfassung und -auswertung einbezogen werden können. Im übrigen ist auch eine Aktivierung und Vereinheitlichung der psychiatrischen Dokumentation anzustreben. Somit ist die Einrichtung einer neuen Institution auf Bund-Länder-Ebene auch im Hinblick auf die verfassungsmäßig geregelte Zuständigkeit im Gesundheitswesen nicht erforderlich."

Die *Verbände* dagegen sind der Ansicht, daß die Institution auf der Ebene der elf Bundesländer im Einvernehmen von Bund und Ländern errichtet werden sollte. Ihre Aufgabe sollte im wesentlichen in enger Zusammenarbeit mit den Psychiatrie-Referenten der Länder im Einsammeln, Verarbeiten, Auswerten und Veröffentlichen von Daten und Informationen aus dem Gesamtgebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter im Bundesgebiet bestehen; weiterhin in der Fortentwicklung von Erhebungsmethoden und der Gesundheitsstatistik und der Bearbeitung spezieller Aufträge durch die Länderregierungen und die Bundesregierung. Nur auf diese Weise könne eine sinnvolle Fortführung der mit dem Psychiatrie-Bericht begonnenen Bestandsaufnahme und Analyse im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik erreicht werden.

Die *Bundesregierung* ist der Meinung, daß weitere Erfahrungen mit einem im Sinne dieser Enquete-Empfehlung zu aktivierenden Ständigen Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder gemacht werden sollten. Bevor eine eigene Institution für das unbezweifelbar dringende Anliegen geschaffen wird, ist zu prüfen, inwieweit existierende Organisationen, Institutionen, Datenbestände und Erfahrungen dem Anliegen nutzbar gemacht und dem Ständigen Arbeitskreis erschlossen werden können. Auch in diesem Zusammenhang wird auf die einleitenden Ausführungen der Bundesregierung verwiesen.

4.12 Zur Aus-, Weiter- und Fortbildung

4.12.1 Allgemeine Gesichtspunkte

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die pauschale Forderung nach einer Vermehrung der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen (Psych.-Enquete Ziff. 3.12. Nr. 1 a, S. 30) bedarf einer differenzierten Analyse: Während sich bei verschiedenen Berufsgruppen eine Sättigung abzeichnet, bedarf es vor allem im Bereich der fachärztlichen Versorgung einer Aufstockung. Der Mangel an Fachärzten in der Praxis, in psychiatrischen Krankenhäusern, im öffentlichen Gesundheitsdienst und im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist gravierend.

Obwohl eine genügende Anzahl ausgebildeter Sozialarbeiter zur Verfügung steht, ergeben sich nach wie vor beachtliche Schwierigkeiten, die in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern inzwischen vermehrten Stellen zu besetzen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob ihre derzeitige Ausbildung den tatsächlichen Gegebenheiten des psychisch Kranken in vollem Umfang gerecht wird. In diesem Sinne hat sich auch der Bundesgesundheitsrat am 2. September 1976 geäußert."

Mit Kritik ist die Tatsache von den *Verbänden* aufgenommen worden, daß die Vermehrung der Personalstellen für qualifizierte Mitarbeiter nicht in den Prioritäten-Katalog der Sachverständigen-Kommission aufgenommen wurde.

Verbände vertreten die Meinung, daß sich bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter der Personalstand nicht am Bettenschlüssel orientieren könne. Vielmehr müsse der Personalstand vermehrt und der Bettenbestand langfristig abgebaut werden.

Die Anzahl der psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich müsse vermehrt werden.

Die Möglichkeit zur Mitarbeit von entsprechend ausgebildeten Psychologen im psychiatrischen und psychotherapeutischen Sektor dränge nach einer Lösung. Das Gesetzesvorhaben zum Berufsbild des nichtärztlichen Psychotherapeuten müsse — nach Abschluß eines Forschungsberichtes des Max-Planck-Institutes München — vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit so schnell wie möglich in Angriff genommen werden.

Die *Bundesregierung* ist der Ansicht, daß auch über Personalausstattung gesprochen werden muß, wenn über eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung nachgedacht wird und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden sollen. Diese schwierige Problematik kann in der Tat nicht durch Übernahme pauschaler Personalforderungen gelöst werden, sondern wird sich aus den gesetzten Prioritäten zwangsläufig ergeben bzw. auch auf die Setzung von Prioritäten Einfluß ausüben.

Die Empfehlungen für den Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung — Vermehrung der Zahl der in der Versorgung Tätigen (Psych.-Enquete Ziff. 3.12 Nr. 1 a) und Verbesserung der Qualität ihrer Bildung (Ziff. 3.12 Nr. 1 b, S. 30) — sind schon bisher weitgehend Richtschnur des Handelns der zuständigen Stellen gewesen.

Auch hat sich die Bundesregierung immer bemüht, Bildungsgänge für Berufe des Gesundheitswesens, soweit diese in ihrem Zuständigkeitsbereich liegen, an den Bedürfnissen der Praxis auszurichten und schon auf der Ebene der Ausbildung die Grundlagen für spätere Koordination und Integration der Tätigkeiten der verschiedenen Berufe zu legen.

Für alle Heilberufe ist eine ständige, sinnvolle Fortbildung unerläßlich. Ihre Förderung wird von der Bundesregierung im Rahmen ihrer Möglichkeiten unterstützt.

Die Notwendigkeit des Ausgleichs bei unzureichenden und unausgewogenen Bildungsgängen und der Schaffung interdisziplinärer Anteile der beruflichen Bildung wird auch von der Bundesregierung gesehen. Diese Überlegungen werden bei künftigen Gesetzgebungsvorhaben im Rahmen des Möglichen berücksichtigt werden.

Eine Aus- und Fortbildung für Berufsgruppen, die nicht ursprünglich für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ausgebildet sind, sollte erfolgen, soweit hierfür ein nachweisbares Bedürfnis besteht.

Eine gute personelle und finanzielle Ausstattung von Aus-, Weiter- und Fortbildungsstätten für alle Gesundheitsberufe wird von jeher von der Bundesregierung gewünscht. Dabei dürfen jedoch die Grenzen des finanziell Möglichen nicht außer acht gelassen werden.

4.12.2 Verschiedene Berufsgruppen

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Ohne im einzelnen auf die allgemeinen Gesichtspunkte der Aus-, Weiter- und Fortbildung (Psych.-Enquete, Ziff. 3.12.1, S. 30 und 31) und auf die dort ausgesprochenen gesundheits- und bildungspolitischen Grundsatzprobleme einzugehen, hält es der Arbeitskreis für unerläßlich, darauf hinzuweisen, daß durch Aus-, Weiter- und Fortbildung erworbene höhere berufliche Qualifikationen direkt dem psychisch Kranken und Behinderten zugute kommen müssen. Der Arbeitskreis begegnet der beabsichtigten Einführung eines Facharztes für Psychotherapie/Psychosomatik bzw. für analytische Medizin mit Bedenken. Er hält die seither gebräuchlichen Qualifikationsmerkmale für ausreichend. Er warnt vor einer inhaltlichen Aushöhlung der Facharztbezeichnung „Psychiatrie" und „Kinder- und Jugendpsychiatrie" sowie der damit verbundenen Aufgaben.

Die Mitarbeit von Sozialarbeitern bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter kann nur auf der Grundlage der Einbindung in das Team erfolgen."

Der Aus-, Weiter- und Fortbildung messen die *Verbände* — nach der Koordination und Planung — größte Bedeutung bei: Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen praxisorientiert und im Hinblick auf spätere notwendige Kooperation im therapeutischen Team ausgerichtet sein. Sie müssen gewährleisten, daß alle an der Versorgung tätigen Berufsgruppen — trotz unterschiedlicher Akzentuierungen ihrer praktischen Arbeit — grundsätzlich in der Lage sind, die Bedeutung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren für die Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten, Störungen und Behinderungen zu würdigen.

Generell sollte die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten in Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischer Psychologie sowie speziell in Kinder- und Jugendpsychiatrie gefördert werden. Als besonders vordringlich werden diese Maßnahmen für den Arzt für Allgemeinmedizin angesehen.

Für die Krankenpflegeberufe gelten als vorrangig die Sicherung des Status der Krankenpflegeschüler, Regelung eines Einsatzes sowie systematische Anleitung bei ihrer praktischen Tätigkeit und ausreichende theoretische Ausbildung; Einführung des Faches Psychiatrie als Hauptfach in Theorie und Praxis im Rahmen ihrer Ausbildung.

Weiterbildungsmöglichkeiten in der Krankenpflege zum Fachkrankenpfleger bzw. zur Fachkrankenschwester in der Psychiatrie und zum Sozialarbeiter als Fachkraft in der Psychiatrie und ihre staatliche Anerkennung sollten geschaffen werden.

Der Ausbau der Fortbildung für das gesamte Krankenpflegepersonal sollte verstärkt und Fortbildungsgänge für die z. Z. noch große Zahl von nicht ausgebildeten Mitarbeitern (Krankenpflegehilfspersonal) sowie Lehrgänge für Laienhelfer sollten entwickelt werden.

Nach Ansicht der *Bundesregierung* werden, gemessen an der Bedeutung von psychischen Störungen, Erkrankungen und Behinderungen, auf die Psychiatrie bezogene Anteile in Aus-, Fort- und Weiterbildung der in Betracht kommenden Berufe im engeren und weiteren Wirkungskreis noch nicht überall hinreichend berücksichtigt.

Auch ist die Bundesregierung der Auffassung, daß man bemüht sein muß, Ausbildungsinhalte zweckentsprechend zu formulieren und zu vermitteln sowie bei den Ausbildungsstätten besonderes Augenmerk auf eine Einbeziehung der verschiedenen Möglichkeiten zu legen.

Was die ärztliche Ausbildung anlangt, so ist wegen des dem nervenheilkundlichen Stoffgebiet zugewiesenen Raumes eine Unterbringung der Studenten in diesem Bereich gesichert. Aus der Sicht der Bundesregierung wäre es wünschenswert, wenn darüber hinaus alle Medizinstudenten im Rahmen des Studiums praktisch in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Versorgungseinrichtung tätig werden müßten.

Angesichts der nur sechsjährigen Dauer des Medizinstudiums und wegen mangelnder Kapazitäten der genannten Einrichtungen wird sich dies vorerst nicht verwirklichen lassen. Die hohen Zahlen der Medizinstudierenden, mit denen auch in den kommenden Jahren noch gerechnet werden muß, machen es schwierig, obligatorische praktische Tätigkeiten in bestimmten Einrichtungen während des Studiums in einem über das bisher vorgesehene hinausgehende Maße zu realisieren. Durch die Verlängerung der Famulatur auf vier Monate auf Grund der Zweiten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 24. Februar 1978 (BGBl. I S. 312) ist aber die Voraussetzung geschaffen worden, daß die Medizinstudenten vermehrt in den angeführten Einrichtungen praktische Erfahrungen sammeln können.

Der Bundesregierung ist viel daran gelegen, daß in der medizinischen Ausbildung der Gruppenunterricht verwirklicht wird. Sie hält dies für ein wesentliches Element der Reform der ärztlichen Ausbildung. Sie sieht jedoch auch die Schwierigkeiten, die bei der Durchführung aufgrund der beschränkten Kapazitäten, der hohen Studentenzahlen und der Patientenbelastung bestehen.

Für Fragen der Weiterbildung der Ärzte sind die Länder zuständig. Ob das Ziel einer Vermehrung von Weiterbildungsstellen realisierbar erscheint, ist zweifelhaft.

Der Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten wird vorbereitet. Der Beruf des Psychotherapeuten wird ein neuer Heilberuf, dessen Angehörige berechtigt sein sollen, heilkundlich in der Psychotherapie tätig zu sein. Das Gesetz soll den Tätigkeitsbereich des Psychotherapeuten und die Ausbildung, die mit einer staatlichen Prüfung abschließen soll, festlegen. Es soll eine Ermächtigung für den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit enthalten, das Nähere über die Ausbildung und die staatliche Prüfung in einer Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Psychotherapeuten zu regeln.

Zur Aus-, Weiter- und Fortbildung der anderen Heilberufe ist anzumerken:

Die Kompetenznorm des Artikels 74 Nr. 19 GG weist dem Bund eine konkurrierende Gesetzgebungsbefugnis für die „Zulassung zu den ärztlichen und anderen Heilberufen" zu. Regelungen über Fort- und Weiterbildung können auf Grund dieser Vorschrift nicht getroffen werden. Nach dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts zum Facharztwesen vom 9. Mai 1972 (BVerfGE 33 S. 125) besitzt der Bund zur Regelung des Facharztwesens keine Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Nr. 19 GG. Hiernach gehört die gesamte Regelung des Facharztwesens und damit auch der ärztlichen Weiterbildung zur ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz der Länder. Im Hinblick auf diesen Beschluß ist daher auch von Regelungen über Weiterbildungen im Bereich der Krankenpflege im Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers abgesehen worden. In den Ländern werden die Bestrebungen, die Weiterbildung auch bei den Gesundheitsberufen mit Ausbildungen außerhalb der Hochschulen zu institutionalisieren und auszubauen, zunehmend intensiviert. So sind z. B. in einigen Ländern Weiterbildungsordnungen für die Weiterbildung zur Fachkrankenschwester bzw. zum Fachkrankenpfleger in der Psychiatrie erlassen worden.

Nach dem Entwurf eines „Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers" soll sich die Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger und für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger nach der vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit zu erlassenden Ausbildungs- und Prüfungsordnung auch auf die Kranken- und Kinderkrankenpflege in der Psychiatrie erstrecken. Entsprechend ist ebenfalls für die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe vorgesehen, daß sich die Ausbildung auch auf die Krankenpflegehilfe in der Psychiatrie beziehen soll. Die im einzelnen noch auszugestaltende Ausbildungs- und Prüfungsordnung wird die für die Psychiatrie bedeutsamen Fächer insoweit angemessen berücksichtigen.

4.13 Zu rechtlichen Problemen bei der Versorgung psychisch Kranker und Behindeter

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für die Länder allgemein gültig hierzu wie folgt geäußert:

„Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission zu Rechtsfragen (Psych.-Enquete, Ziff. 3.13, S. 34 ff.) erfordern nur wenige Bemerkungen:

Ob man den von der Sachverständigen-Kommission zu Recht als „unscharf und fragwürdig" gekennzeichneten Begriff des „Pflegefalles" fallen lassen kann, nachdem er gerade im Krankenhausfinanzie-

rungsgesetz gesetzlich normiert wurde, ist sehr fraglich. Es wird jedoch für dringlich erforderlich gehalten, eine praktikable Definition zu schaffen. Gleichzeitig bleibt eine Finanzierungsregelung für diesen Bereich erstrebenswert. Soweit die Sachverständigen-Kommission fordert, daß die spezifischen Probleme bei der Straffälligkeit alter Menschen (Psych.-Enquete, Ziff. 3.13 Nr. 13, S. 34) von den Organen der Strafrechtspflege stärker als bisher berücksichtigt werden müssen, ist ihr zuzustimmen. Es bestehen aber Zweifel, ob diese Empfehlung noch den tatsächlichen Gegebenheiten in der Rechtspflege entspricht. Der Rechtspraxis liegen nämlich inzwischen vertiefte Kenntnisse über krankheitsbedingte Auffälligkeiten alter Menschen zugrunde.

Die Forderung nach ersatzloser Streichung des § 13 des Bundeszentralregistergesetzes (Psych.-Enquete Ziff. 3.13 Nr. 16, S. 35) ist inzwischen erfüllt, was einen wesentlichen Fortschritt in der Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken bedeutet. Dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit ist für seine intensiven Bemühungen um die Lösung dieses Problems zu danken."

Die *Verbände* fordern nachdrücklich die rechtliche, soziale und finanzielle Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Sie begrüßen, daß im gesetzgeberischen Bereich Parlament und Bundesregierung durch die Streichung des § 13 des Bundeszentralregistergesetzes, durch die Billigung des Ambulanzrechtes für psychiatrische Krankenhäuser sowie durch die kritische Überprüfung des Referentenentwurfes zum Bundesmeldegesetz bewiesen haben, daß sie bereit und in der Lage sind, an der Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mitzuarbeiten.

Mit besonderer Dringlichkeit weisen sie jedoch auf die ungelösten Finanzierungsfragen der komplementären Dienste hin, deren Existenz dadurch gefährdet ist, daß sie — aufgrund der Eigenart psychischer Erkrankungen — neben medizinischer auch soziale Rehabilitation betreiben. Dadurch gelten sie nicht als krankenhausähnliche Einrichtungen im strengen Sinne, und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen sind bisher nicht bereit, die anfallenden Kosten zu übernehmen. Die Verbände fordern für diesen Bereich klare gesetzliche Regelungen.

Die Verbände ersuchen die Bundesregierung dringend, ihre Aktivitäten verstärkt auf die Streichung des Halbierungserlasses zu richten.

Weiterhin sollte eine Angleichung der Pflegesätze in psychiatrischen Krankenhäusern an diejenigen in Allgemeinkrankenhäusern in Angriff genommen werden sowie eine Novellierung der geltenden Unterbringungsgesetze in den einzelnen Bundesländern; eine gesetzliche Regelung der Fragen der Postkontrolle; Einführung von Taschengeld — unabhängig vom Anlaß der Unterbringung; angemessene Bezahlung von Patientenarbeit sowie schrittweise Ablösung der bisherigen Arbeitsbelohnung durch ein echtes Arbeitsentgelt.

Zu den Einzelempfehlungen aus dem Bereich der Rechtsprobleme (s. Anhang S. 100) nimmt die *Bundesregierung* wie folgt Stellung:

4.13.1 Gleichstellung

1. Den seelisch und geistig Behinderten muß im Rahmen der sozial- und rehabilitationsrechtlichen Regelungen ein gleichartiger Rechtsstatus wie den körperlich Kranken gewährt werden.

In der Empfehlung wird — wie in der Zuammenfassung des Endberichts (Psych.-Enquete S. 36) — die Gleichstellung der geistig oder seelisch Behinderten mit körperlich Kranken gefordert. In dem Schlußbericht wird dagegen richtig nur die Gleichstellung von Kranken mit Kranken angesprochen (Psych.-Enquete S. 204 und 408).

Solange sachlich und rechtlich zwischen körperlich Behinderten und körperlich Kranken — aus welchem Grund und in welcher Art dies auch immer der Fall sein mag — unterschieden wird, kann für den Bereich der Psychiatrie auch nur die Gleichstellung von Behinderten mit Behinderten und die von Kranken mit Kranken gelten. Es wird davon ausgegangen, daß die Sachverständigen-Kommission auch nichts anderes gemeint hat.

Die Bundesregierung äußert sich nachstehend zu den folgenden Fragen:

a) Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken

b) Gleichbehandlung der seelisch und geistig Behinderten mit den körperlich Behinderten

c) Rechtliche Gleichstellung der seelisch und geistig Behinderten mit den körperlich Behinderten

zu a)

Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken

Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheidet nicht zwischen psychisch Kranken und körperlich Kranken. Leistungsvoraussetzung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, daß Krankheit vorliegt. Ist dies zu bejahen, spielt es keine Rolle, ob es sich um eine körperliche oder geistig-seelische Erkrankung handelt.

Obwohl der Rechtsstatus die Gleichbehandlung möglich macht, wird diese Chance in der Praxis sowohl durch die Betroffenen, wie durch die Ärzte häufig nicht genutzt.

zu b)

Gleichbehandlung der seelisch und geistig Behinderten mit den körperlich Behinderten

Die Rentenversicherungsträger können Leistungen zur Rehabilitation grundsätzlich nur gewähren, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten oder Rentners infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert und zu

erwarten ist, daß durch Maßnahmen des in den §§ 1237 bis 1237 b RVO (§§ 14 bis 14 b AVG, §§ 36 bis 36 b RKG) bestimmten Umfanges voraussichtlich die Erwerbsfähigkeit erhalten, wesentlich gebessert oder wieder hergestellt wird.

Ist nach entsprechender Prüfung im Einzelfall die Erfolgsaussicht gegeben, so führen die Rentenversicherungsträger auch bei psychisch behinderten Versicherten oder Rentnern Rehabilitationsmaßnahmen in geeigneten Behandlungsstätten durch. Sie erhalten in diesem Falle dieselben Leistungen wie körperlich Behinderte.

Im übrigen haben die Rentenversicherungsträger auf dem Gebiet der Rehabilitation Maßnahmen getroffen, die vor allem auch den psychisch Kranken und Behinderten zugute kommen.

Insbesondere werden von seiten der Rentenversicherungsträger bestehende Einrichtungen für psychisch Behinderte im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten ausgebaut. Außerdem wird erwogen, bei steigendem Bedarf an geeigneten Rehabilitationskliniken für psychische Erkrankungen Vertragskliniken, die im Hinblick auf den allgemeinen Rückgang der Anträge auf Heilbehandlungsmaßnahmen wegen körperlicher Leiden nicht ausgelastet sind, auf psychische Indikationen umzustellen, soweit die Kliniken dazu geeignet sind.

Grundsätze, Richtlinien und Gesamtvereinbarungen, die von den Rentenversicherungsträgern erarbeitet wurden, bzw. an denen sie mitgewirkt haben, tragen ebenfalls dazu bei, daß die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter verbessert wird, wie z. B. die Auswahlkriterien für die Durchführung von stationären Heilbehandlungen für Alkoholkranke und Medikamentenabhängige durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Auswahlkriterien für die Durchführung von stationären Heilbehandlungen für Drogenkranke durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (beide in Kraft seit 1. Oktober 1977), die Grundsätze für die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Werkstätten für Behinderte und die Gesamtvereinbarung über Auskunft und Beratung nach dem Rehabilitationsangleichungsgesetz (in Kraft seit 1. Juli 1977). Zur Zeit befaßt sich der Verband deutscher Rentenversicherungsträger e. V. mit der Erarbeitung von Auswahlkriterien für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen bei psychisch Behinderten.

Im Rahmen ihrer speziellen Zielsetzungen sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung praktisch nur insoweit betroffen, als durch einen Arbeitsunfall ein seelischer Schaden (Schockwirkung) oder eine Hirnverletzung entstanden oder durch eine Berufskrankheit eine seelische oder geistige Behinderung verursacht worden ist und damit ein Anspruch auf Rehabilitation begründet werden kann. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben bei ihrem Bemühen um die Rehabilitation Unfallverletzter vor allem die Probleme der Schwer-Schädel-Hirnverletzten berücksichtigt. Dies zeigt sich insbesondere darin, daß der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften Empfehlungen zur Verbesserung der Rehabilitation Schwer-Schädel-Hirnverletzter herausgegeben hat. In institutioneller, funktionaler und kooperativer Weise wurden Verbesserungen verwirklicht, die den Empfehlungen Rechnung tragen.

Hervorzuheben ist das von den Berufsgenossenschaften eingeführte Sammelbesuchsverfahren für hirnverletzte Personen, bei denen möglicherweise Maßnahmen der Berufshilfe erforderlich werden. Dabei übernimmt der Berufshelfer einer Berufsgenossenschaft im Rahmen seines regelmäßigen Besuchs am Krankenbett die erste Betreuung der Verletzten unabhängig von der Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers. Über den zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften erstattet dieser Berufshelfer umgehend einen Bericht mit Hinweisen auf etwaige erforderliche Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Darüber hinaus nehmen sich die Berufshelfer der sozialen Belange der von ihnen betreuten Verletzten an.

Zu c)

Rechtliche Gleichstellung der seelisch und geistig Behinderten mit den körperlich Behinderten

Nach Auffassung der Bundesregierung sind körperlich, geistig und seelisch Behinderte rechtlich gleichgestellt. Nach § 10 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches hat derjenige, der körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder dem eine solche Behinderung droht, ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern und ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.

Ausgehend von dem „Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten" vom April 1970 wurden die gesetzlichen Grundlagen zur Rehabilitation aller Behinderten, also auch der geistig und seelisch Behinderten, entscheidend verbessert.

Hinzuweisen ist

— auf die Leistungsverbesserungen für Behinderte in der Sozialhilfe (3. Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes vom 28. März 1974 [BGBl. I S. 777]),

— auf das Schwerbehindertengesetz vom 29. April 1974 (BGBl. I S. 1005), das eine Ausdehnung des geschützten Personenkreises auf alle Schwerbehinderten — unabhängig von Art und Ursache der Behinderung — brachte,

— auf das Rehabilitationsangleichungsgesetz vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881), das vor allem eine weitgehende Vereinheitlichung der Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger und ein möglichst nahtloses und zügiges Rehabilitationsverfahren anstrebt,

— auf das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 (BGBl. I S. 1061), das die Sozialversicherungspflicht für in Werk-

stätten für Behinderte, in Blindenwerkstätten sowie in Anstalten und Heimen beschäftigte Behinderte sowie für Behinderte, die in Berufsbildungswerken an einer Berufsausbildung teilnehmen, eingeführt hat (vgl. dazu Kapitel 6.4).

Die Bundesregierung verkennt nicht, daß eine reibungslose und vollständige Versorgung bei geistig und seelisch Behinderten noch nicht erreicht ist. Dies liegt aber insbesondere daran, daß es in der Psychiatrie wesentlich schwerer ist, Prognosen über den Verlauf und die jeweils notwendigen Leistungen zu stellen. Gemeinsam mit den Rehabilitationsträgern wird die Bundesregierung jedoch dafür sorgen, daß auch die geistig und seelisch Behinderten die erforderliche Versorgung zügig und vollständig ohne Wartezeiten erhalten.

4.13.2 Zentrale Auskunftsstellen nach dem Rehabilitationsangleichungsgesetz

2. Die in § 5 des Rehabilitationsangleichungsgesetzes vorgesehenen zentralen Auskunftsstellen sollten umgehend geschaffen werden, da die verwirrende Vielzahl von Leistungsträgern und Leistungsangeboten, besonders für psychisch Kranke, seelisch und geistig Behinderte, undurchschaubar ist.

Nach § 5 Abs. 1 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881) haben die Rehabilitationsträger die umfassende Beratung der Behinderten durch die Einrichtung von Auskunfts- und Beratungsstellen zu gewährleisten; gemeinschaftliche Auskunfts- und Beratungsstellen sind anzustreben. Um dieser gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen, haben die Rehabilitationsträger am 3. Februar 1977 die „Gesamtvereinbarung über Auskunft und Beratung nach dem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation" abgeschlossen, die am 1. Juli 1977 in Kraft getreten ist.

In § 1 Abs. 1 dieser Gesamtvereinbarung wird darauf hingewiesen, daß Auskunfts- und Beratungsstellen für den Gesamtbereich der Rehabilitation bei allen Trägern bestehen. Nach § 1 Abs. 2 können gemeinschaftliche Auskunftsstellen eingerichtet werden, soweit es die Rehabilitationsträger für erforderlich halten. Davon ist noch nicht Gebrauch gemacht worden.

Die Rehabilitationsträger sind der Auffassung, daß durch das vorhandene Auskunfts- und Beratungssystem und die Regelungen der Gesamtvereinbarung eine umfassende Beratung der Behinderten gewährleistet ist. Da jeder Träger der Rehabilitation über seine Zuständigkeit hinaus für den Gesamtbereich Rehabilitation Auskunft zu erteilen hat, ist ein dichtes Netz von Auskunftsstellen mit trägerübergreifender Aufgabenstellung vorhanden, die den Behinderten alle sachlichen Auskünfte über die Möglichkeit zur Durchführung medizinischer, berufsfördernder und ergänzender Maßnahmen und über die Leistungen zur Rehabilitation erteilen können. Dies gilt insbesondere für geistig und seelisch Behinderte, für deren Beratung entsprechende Schwerpunkte gesetzt worden sind.

Die „Gesamtvereinbarung Auskunft und Beratung" wird seit dem 1. Juli 1977 angewendet. Zur Zeit liegen noch keine gesicherten Erkenntnisse darüber vor, wie sich das praktizierte Auskunfts- und Beratungssystem bewährt. Nennenswerte Schwierigkeiten aus dem Fehlen gemeinschaftlicher Beratungsstellen sind nicht bekanntgeworden.

4.13.3 Leistungen im Bereich der privaten Krankenversicherung

3. Leistungsbeschränkungen im Bereich der privaten Krankenversicherung, vor allem auf dem Gebiet der Psychotherapie, müssen abgebaut werden.

Die privaten Krankenversicherer erbringen bei psychischen Erkrankungen die gleichen Leistungen wie bei anderen Krankheiten, d. h. für den Bereich der Psychiatrie und grundsätzlich auch für den der Psychotherapie. Die Bundesregierung folgert daraus, daß hier für Umgestaltungen zugunsten der psychisch Kranken und Behinderten zur Zeit kein Anlaß zu erkennen ist.

4.13.4 Ambulante Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung

4. Von den gegebenen rechtlichen Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten Versorgung muß im größtmöglichen Umfang Gebrauch gemacht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten hierzu in erforderlichem Umfange Ermächtigungsverträge mit Ärzten und mit ärztlich geleiteten Einrichtungen abschließen. Die Träger von Krankenhauseinrichtungen sollten diese Entwicklung unterstützen. Die Möglichkeit stationärer und teilstationärer Tätigkeit niedergelassener Ärzte sollte besser genutzt werden.

Im Bereich der ambulanten Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen neben der Versorgung durch zugelassene Kassenärzte folgende Möglichkeiten: Beteiligung von leitenden Krankenhausärzten und unter bestimmten Voraussetzungen auch nachgeordneten Krankenhausfachärzten; ggf. auch Ermächtigung von ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern und Krankenhausärzten, unter den Voraussetzungen der Zulassungsordnung für Kassenärzte. Hauptsächlich dürfte hier aber die durch das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz eingeführte Regelung zu nennen sein, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen mit psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit selbständigen, unter fachärztlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen über die ambulante Erbringung ärztlicher Maßnahmen der psychiatrischen einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung Verträge zu schließen haben, wenn diese Einrichtungen über die hierfür notwendigen Personen und Einrichtungen verfügen (§ 368 n Abs. 6 Satz 2 RVO).

Im Bereich der ambulanten kassenärztlichen/vertragsärztlichen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung liegen insgesamt etwa 650 Ermächtigungen für niedergelassene Ärzte vor, die zur Ausübung von allgemein psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen berechtigen.

Zur Ausübung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind ca. 1 200 ärztliche und ca. 600 nichtärztliche Psychotherapeuten berechtigt. Diese beiden Zahlenangaben können nicht addiert werden, da sie sich teilweise in ihrer Aufgabenstellung überschneiden.

Von den Kassenärztlichen Vereinigungen wurden von ärztlich geleiteten Einrichtungen — psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen, unter fachärztlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen — auf deren Antrag 13 Verträge zur Erbringung von Leistungen zur ambulanten Versorgung geschlossen.

Daneben bestehen 137 persönliche Ermächtigungen bzw. Beteiligungen gemäß § 29 (2) ZO-Ärzte i. V. m. § 10 Abs. 2 BMV bzw. § 5 Abs. 6 EKV bzw. § 31 (2) ZO-Ärzte i. V. m. § 14 BMV bzw. § 5 Abs. 3 EKV für ärztliche Leiter (Chefärzte, Oberärzte usw.) von psychiatrischen Kliniken bzw. psychiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern.

Es besteht Grund zu der Annahme, daß Häuser, mit deren Leitern persönliche Ermächtigungsverträge geschlossen wurden, deshalb keinen Antrag auf einen Vertrag nach § 368 n Abs. 6 RVO gestellt haben.

Die Notwendigkeit einer engeren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung wird auch von seiten der Krankenhausträger anerkannt, wie sich aus der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 17. April 1978 ergibt. Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Bundestags-Drucksache 8/2067) in § 6 Abs. 3 vor, daß schon bei der Krankenhausbedarfsplanung u. a. zu berücksichtigen sind

— die Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Krankenhäusern untereinander und mit Einrichtungen der ambulanten und der sonstigen gesundheitlichen Versorgung, insbesondere der gemeinsamen Nutzung von Einrichtungen und Diensten,

— die Möglichkeiten von teilstationären Krankenhausleistungen und leistungsfähiger belegärztlicher Versorgung.

4.13.5 Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für die nichtärztlichen Berufsgruppen

5. Im Hinblick auf die notwendige Arbeitsteilung zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal bei der Krankenbehandlung sollte der Gesetzgeber für die nichtärztlichen Berufsgruppen, beispielsweise die Psychologen, klare Aufgaben- und Verantwortungsbereiche fixieren.

Die Bundesregierung hält die Forderung nach Festlegung klarer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für die nichtärztlichen Berufsgruppen grundsätzlich für berechtigt. Sie muß aber darauf aufmerksam machen, daß es wegen der fließenden Grenzen heilkundlicher Tätigkeitsbereiche untereinander und auch gegenüber Tätigkeitsbereichen anderer Berufe, insbesondere solcher im sozialen Bereich, erfahrungsgemäß schwierig ist, zu klaren Abgrenzungen zu kommen. Bei der Vorbereitung des Gesetzes über den Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten muß diesem Problem besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

4.13.6 Unterbringungsgesetze

6. Eine Novellierung der Unterbringungsgesetze der Bundesländer ist geboten. Dabei ist insbesondere eine generell stärkere Betonung des fürsorgerischen Aspekts der Unterbringung, z. B. durch Einbeziehung vorbeugender und nachgehender Hilfsmaßnahmen, zu berücksichtigen.

a) Die Empfehlung wendet sich in erster Linie an den Landesgesetzgeber. Eine Stellungnahme der Bundesregierung ist daher — zur Zeit jedenfalls — nicht veranlaßt.

b) Die Kommission für das Recht der freiwilligen Gerichtsbarkeit hat die starke Zersplitterung des Verfahrensrechts der einzelnen Unterbringungsgesetze beklagt. Sie hat deshalb vorgeschlagen, ein einheitliches Betreuungsverfahren durch den Bund zu schaffen, in das die Unterbringung nach Landesrecht eingebaut wird. Es soll in einem einheitlichen Verfahren geprüft werden, welche Maßnahmen für die Betreuung einer pflegebedürftigen Person erforderlich sind. Die verfahrensrechtlichen Vorschriften in den einzelnen Unterbringungsgesetzen könnten danach entfallen. Diese Vorschläge der Kommission sind in ihrem 1978 erschienenen Bericht enthalten. Der Bericht liegt gegenwärtig den Landesjustizverwaltungen und interessierten Verbänden sowie Einzelpersonen zur Stellungnahme vor. Auf die Ausführungen unter Kapitel 6.5 wird verwiesen.

4.13.7 Neuregelung des Rechts der elterlichen Sorge

7. Die in dem Entwurf eines „Gesetzes zur Neuordnung der elterlichen Sorge" (Bundestags-Drucksache 7/2060) vorgesehene Einbringung eines § 1631 a ist zur Lösung der bei der Unterbringung von Minderjährigen durch ihre Eltern entstehenden Probleme untauglich und sollte unterbleiben.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Neuregelung des Rechts der elterlichen Sorge (Bundestags-Drucksache 7/2060) konnte von den gesetzgebenden Körperschaften in der 7. Wahlperiode des Bundestages nicht mehr verabschiedet werden. Der Gesetzentwurf ist in der 8. Wahlperiode von den Fraktionen der SPD/FDP neu eingebracht worden (Bundestags-Drucksache 8/111); er wird derzeit in den Ausschüssen des Bundestages beraten.

4.13.8 Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts, Neuregelung der Entmündigung und der Betreuung geistig Behinderter

8. Eine Gesamtreform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts ist im Interesse der Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erforderlich.

Anzustreben wäre die Entwicklung eines abgestuften Systems von Betreuungsmaßnahmen anstelle und in Ergänzung der bisherigen Vormundschaft und Pflegschaft unter Einbeziehung der fürsorgerischen Unterbringung sowie der Ersatz der Entmündigung durch die Feststellung von „Betreuungsbedürftigkeit" und gleichzeitige Bestellung eines „Betreuers" mit Regelung seines Aufgabenkreises.

Eine Reform des Vormundschafts- und Pflegeschaftsrechts sowie eine Neuregelung der Entmündigung und der Betreuung geistig Behinderter hält die Bundesregierung ebenfalls für erforderlich. Eine Vorbereitung entsprechender gesetzgeberischer Maßnahmen kann aber erst nach Abschluß anderer vordringlicherer Gesetzgebungsvorhaben eingeleitet werden. Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission werden dafür als Material dienen.

4.13.9 Postkontrolle

9. In allen Ländern sollte, soweit nicht schon geschehen, eine formalrechtliche Bestimmung über die Postkontrolle bei untergebrachten psychisch Kranken getroffen werden.

Die Empfehlung wendet sich erkennbar an den Landesgesetzgeber.

4.13.10

10. Keine Einzelempfehlung

4.13.11 Arbeitsentgelt

11. Die bisherige Arbeitsbelohnung für psychisch Kranke sowie geistig und seelisch Behinderte, die in einem psychiatrischen Krankenhaus beschäftigt werden, sollte durch ein echtes Arbeitsentgelt abgelöst werden. Zur Verwirklichung dieser Empfehlung müßten, unabhängig von der rechtlichen Qualifikation der Patientenarbeit, besondere gesetzliche Regelungen geschaffen werden. Diese besondere Regelung könnte etwa in einem „Gesetz über Mindestarbeitsbedingungen für Arbeitstherapieverhältnisse" erfolgen.

Nach Artikel 1 § 2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 sind körperlich, geistig oder seelisch Behinderte, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen beschäftigt werden, unabhängig davon, ob und in welcher Höhe sie ein Arbeitsentgelt erhalten, in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung versichert. Als beschäftigt gelten Behinderte, die ohne oder gegen Entgelt in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht. Soweit diese Voraussetzungen vorliegen, besteht daher bereits eine soziale Sicherung für psychisch Behinderte. Soweit dabei echte Arbeitsverhältnisse begründet werden, findet auf diese das Arbeitsrecht uneingeschränkt Anwendung; in der Praxis werden häufig keine echten Arbeitsverhältnisse begründet, hier muß nach sachdienlichen Regelungen gesucht werden.

4.13.12 Mindestanforderungen für Heime

12. Infolge der unterschiedlichen Funktionen bestimmter Heimtypen sind jeweils andere Mindestanforderungen für Heime in sachlicher, personeller und räumlicher Hinsicht zu stellen. In Heimen, die auch der Pflege und Behandlung dienen, ist ein Arzt an der Heimleitung zu beteiligen. Der unscharfe und fragwürdige Begriff des Pflegefalles sollte fallengelassen werden.

Der Empfehlung kann insoweit gefolgt werden, als sie die personellen und baulichen Mindestanforderungen an eine Einrichtung von deren jeweiligen Funktion und Bewohnerstruktur abhängig macht. In einer Generalklausel der Heimmindestbauverordnung ist dem Rechnung getragen worden. Auch in der noch ausstehenden Heimpersonalverordnung wird dies geschehen. Bedenken bestehen hingegen an einer grundsätzlichen Beteiligung des Arztes an der Heimleitung in Einrichtungen mit Pflegebedürftigen. Es genügt wahrscheinlich, wenn die medizinische Betreuung der Bewohner durch einen Arzt gesichert ist.

4.13.13 Probleme bei Straffälligkeit alter Menschen

13. Die spezifischen Probleme bei der Straffälligkeit alter Menschen müssen von den Organen der Strafrechtspflege stärker als bisher berücksichtigt werden. Es wäre zu erwägen, ob bei Erstdelinquenten im höheren Lebensalter eine Verpflichtung des Richters zur Prüfung der Schuldfähigkeit nach §§ 20, 21 StGB gesetzlich verankert werden sollte, und ob dem Richter in Fällen erheblich verminderter Schuldfähigkeit bei alten Menschen grundsätzlich zu gestatten ist, über die Strafmilderungsmöglichkeiten nach § 21 StGB in Verbindung mit § 49 StGB hinauszugehen.

a) Die Gerichte sind bereits nach dem Amtsaufklärungsgrundsatz des geltenden Rechts verpflichtet, alles zu tun, was zur Erforschung der Wahrheit erforderlich ist (§ 244 Abs. 2 StPO). Dies schließt die Pflicht ein, die Untersuchung der angeklagten Tat auf alle für die Beurteilung der Person des Angeklagten bedeutsamen Umstände zu erstrecken. Für die Schaffung einer besonderen gesetzlichen Verpflichtung des Richters zur Prüfung der Schuldfähigkeit nach §§ 20, 21 StGB bei Erstdelinquenten höheren Lebensalters ist ein Bedürfnis bisher nicht erkennbar geworden. Es kann davon ausgegangen werden, daß die Gerichte in allen Fällen der Schuldfrage ihre besondere Aufmerksamkeit widmen.

b) In Übereinstimmung mit dem Sondervotum „Gerontopsychiatrie und Strafrecht“ (S. 422 des Berichts) hält es die Bundesregierung nicht für angezeigt, für ältere Straftäter eine Sonderregelung zu § 21 StGB zu schaffen, die ihnen eine über den Rahmen des § 49 Abs. 1 StGB hinausgehende Strafmilderung ermöglichen würde.

Für eine derartige Gesetzesänderung könnte die Erwägung sprechen, daß ältere Menschen von einem längeren Freiheitsentzug besonders stark betroffen werden. Dieser Gesichtspunkt trifft aber auf voll schuldfähige wie vermindert schuldfähige Täter in gleicher Weise zu. Wollte der Gesetzgeber daher diesem Aspekt Rechnung tragen, müßte er den Gerichten generell die Möglichkeit eröffnen, bei älteren Straftätern das erhöhte Mindestmaß einer angedrohten Freiheitsstrafe zu unterschreiten. Dies aber würde zu einem — auch von der Sachverständigen-Kommission abgelehnten — besonderen „Altersstrafrecht“ führen. Angesichts der ohnehin sehr weitgehenden Milderungsmöglichkeiten des § 49 Abs. 1 StGB erscheint es der Bundesregierung vertretbar, in verbleibenden Härtefällen auf die Entscheidung des jeweiligen Gnadenträgers zu vertrauen.

4.13.14 Sterilisation

14. Eine gesetzliche Regelung, die auch die Sterilisation solcher geistig behinderter Personen zuläßt, die einwilligungsunfähig sind und bei denen der Eingriff in ihrem eigenen wohlverstandenen Interesse angezeigt ist, wäre anzustreben.

In den Rahmen der zu Ziffer 8 erwähnten gesetzgeberischen Maßnahmen gehören auch Überlegungen zur Lösung der Sterilisationsproblematik, die zur Zeit jedoch noch nicht einen solchen Stand erreicht haben, daß hierzu eine abschließende Erklärung abgegeben werden könnte.

Die im Bericht (S. 382) hinsichtlich der Sterilisationsproblematik erwähnten Entwürfe aus der 7. Wahlperiode sind von dem damals zuständigen Sonderausschuß für die Strafrechtsreform des Deutschen Bundestages nicht mehr abschließend behandelt und in dieser Wahlperiode von der Bundesregierung nicht erneut eingebracht worden.

4.13.15 Schutz von Mißbrauch personenbezogener Daten

15. Die Gesetze und Gesetzentwürfe zum Schutz vor Mißbrauch personenbezogener Daten im Hinblick auf das besondere Schutzbedürfnis psychisch Kranker und Behinderter sind mit Hilfe psychiatrischer Sachverständiger und unter Einschaltung der für die Psychiatrie zuständigen Ressorts des Bundes und der Länder zu überprüfen. Daben sollten spezifische Datenschutzregelungen für die besonderen Belange im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, soweit dem nicht durch die allgemeinen Normen des Datenschutzes Rechnung getragen werden kann, geschaffen werden.

Das Bedürfnis, die personenbezogenen Daten psychisch Kranker besonders zu schützen, ist in erster Linie bei der Erhebung und Verarbeitung von Daten von Bedeutung. Das Bundesdatenschutzgesetz findet u. a. Anwendung, soweit der Datenschutz nicht durch Landesgesetze geregelt ist und öffentliche Stellen Bundesrecht ausführen. Landesdatenschutzgesetze sind bereits in einer Reihe von Bundesländern in Kraft getreten. In den übrigen Ländern sind gesetzliche Regelungen in Vorbereitung. Darüber hinaus haben einige Länder spezielle Schutzvorschriften für personenbezogene medizinische Daten in ihre Krankenhausgesetze eingefügt.

Da von den Landesgesetzgebern weitgehend die Regelung des Bundesdatenschutzgesetzes über die Vorrangigkeit der ärztlichen Schweigepflicht als Datenschutznorm und andere einschränkende Regelungen, z. B. das generelle Verbot der Datenverarbeitung ohne Erlaubnis durch das Gesetz, eine andere Rechtsvorschrift oder durch Einwilligung des Betroffenen, übernommen worden sind, kann davon ausgegangen werden, daß derzeit dem besonderen Schutzbedürfnis psychisch Kranker hinreichend Rechnung getragen ist.

Hierzu wird auch auf § 35 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches hingewiesen.

Schwierigkeiten bei der Anwendung sind bisher nicht bekanntgeworden. Es wird deshalb zunächst auch der Abschluß der Landesdatenschutzgesetzgebung und das Vorliegen entsprechender Erfahrungen über die Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen in Bund und Ländern abzuwarten sein, bevor der Erlaß fachspezifischer Regelungen geprüft werden kann. Der Entwicklung in diesem Bereich wird große Aufmerksamkeit geschenkt.

4.13.16 § 13 des Bundeszentralregistergesetzes

16. Der § 13 des Bundeszentralregistergesetzes ist ersatzlos zu streichen.

Der § 13 des Bundeszentralregistergesetzes ist aufgehoben (Bundeszentralregistergesetz vom 18. März 1971 — BGBl. I S. 243 — in der vom 1. Juni 1976 an geltenden Fassung BGBl. I S. 2005 —).

4.14 Zur Prävention

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich zu den vielfältigen Aufgaben im Bereich der Prävention (Psych.-Enquete Ziff. 3.14, S. 35) nicht geäußert.

Die *Verbände* bedauern, daß die Sachverständigen-Kommission keine Vorschläge für deren organisatorische Verwirklichung formulierte. Auch in der Planungsstudie sei sie vernachlässigt worden.

Die Verbände dagegen heben die wachsende Bedeutung der Prävention, besonders im Kindes- und Jugendalter, hervor.

Sie unterstreichen die wichtigen Funktionen der drei Arten von Prävention: Primärprävention, die alle Maßnahmen umfaßt, die das erstmalige Auftreten psychischer Störungen verhindern. Von der Primärprävention ist die Sekundärprävention zu unterscheiden, die durch Früherfassung und Frühbehandlung die Verkürzung der Erkrankungsdauer und die Verhinderung von Rückfällen zum Ziel hat — wie auch die Tertiärprävention, die die chronischen

Auswirkungen der Erkrankungen zu vermeiden bzw. zu mildern sucht.

Öffentlichkeitsarbeit als ein Beitrag zur Prävention — wie sie in den Gutachten des Psychiatrie-Berichtes als systematische Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung beschrieben wird — könne Orientierungshilfen über Möglichkeiten der Vorsorge, Behandlung und Nachsorge geben, um Störungen der psychischen Gesundheit mit zu verhindern, Früherkennung zu erleichtern und auch chronische Auswirkungen zu vermeiden bzw. zu mildern.

Zur Prävention schlagen die Verbände z. B. folgende Maßnahmen vor:

Einrichtung genetischer Beratungsstellen für potentielle Eltern aus belasteten Familien; Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern mit Erfassung des gesamten, nicht nur des körperlichen Entwicklungsstandes; Nachuntersuchung aller risikobelasteten Kinder und aller Kinder, die bei Vorsorgeuntersuchungen aufgefallen sind. Förderung der Betreuung von besonders gefährdeten Kindern; psychische Betreuung von Kindern in Krankenhäusern und Heimen, namentlich bei langem Aufenthalt; psychische Vorbereitung auf belastende Eingriffe und Untersuchungen; personenbezogene Pflege und ausgedehntes Besuchsrecht der Eltern in den Krankenhäusern; Institutionsberatung von Einrichtungen, die Kinder im Vorschulalter betreuen; Beratungsangebot für Kindergärtnerinnen, die mit Verhaltensproblemen der Kinder konfrontiert sind, sowie Angebote in Aus-, Weiter- und Fortbildung für die Berufsgruppen, die mit Kindern umzugehen haben, um eigene Einstellungs- und Interaktionsprobleme zu lösen.

Die *Bundesregierung* bedauert, daß der Ständige Arbeitskreis zum Bereich der Prävention keinerlei Stellungnahme abgegeben hat. Sie ist mit den Verbänden der Auffassung, daß der Prävention als einem eigenständigen Aufgabenfeld vor der Entwicklung psychischer Krankheiten und Behinderungen in verstärktem Umfange Rechnung getragen werden muß. Dabei wird es schwierig sein, die mit der allgemeinen Erwartungshaltung verbundenen Auffassungen zu befriedigen. Diese reichen von gezielten Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung über solche der pränatalen Diagnostik zur Früherfassung von Risikogruppen und zur vollen Erfassung aller Neugeborenen durch geeignete Früherkennungsuntersuchungen bis hin zu gesellschaftspolitischen Konzeptionen der „Anti-Psychiatrie", wobei nicht zu verkennen ist, daß die Vorstellung, gesellschaftliche Faktoren unseres Lebens wirken für die Entstehung bestimmter psychischer Erkrankungen begünstigend, im Grundsatz sicher zutreffend ist. Die Bundesregierung stimmt der Auffassung zu, daß durch breit angelegte präventive Maßnahmen

— Störungen der psychischen Gesundheit verhindert werden können,

— die Früherkennung psychischer Störungen erleichtert wird und

— sich chronische Auswirkungen psychischer Erkrankungen abfangen oder mildern lassen.

Die Bundesregierung versteht die Aufgaben der Prävention nicht ausschließlich auf das Vorfeld psychischer Erkrankungen und Behinderungen beschränkt, sondern weitergefaßt als einen gezielten Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bürger allgemein.

Die Bundesregierung sieht in der Entwicklung psycho-hygienischer Dienste einen besonderen Schwerpunkt der Prävention. Entwicklungsfähige Ansatzpunkte dazu sind

— die Ehe- und Familienberatung,

— die Erziehungsberatung,

— Konfliktberatung in besonderen Kontaktstellen, wie derzeit bei Studenten,

— psycho-hygienische Gemeindedienste, z. B. in Hochhaussiedlungen oder neu gegliederten Stadtvierteln,

— humangenetische Beratung und deren Ausbau zu einem flächendeckenden Netz unter Einschluß der pränatalen Diagnostik anlagebedingter Krankheiten und Behinderungen,

— Weiterentwicklung von Untersuchungen im Säuglings- und Kleinkindalter,

— Früherfassung von verhaltensgestörten Kindern im vorschulischen Raum,

— Ausbau des schulärztlichen Dienstes zur Früherkennung psychischer Krankheiten und Behinderungen.

Dieser Maßnahmenkatalog ist in wesentlichen Bereichen von der Bundesregierung durch Modellerprobungen in Angriff genommen worden.

Gezielte Maßnahmen der Prävention bedürfen des Unterbaus, der durch die gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung einschließlich einer darauf ausgerichteten Öffentlichkeitsarbeit gelegt werden kann. Auch diesen Bereich hat die Bundesregierung bereits aufgegriffen und durch gezielte Programme zu erschließen gesucht.

4.15 Zur Forschung

Der *Ständige Arbeitskreis* hat sich für alle Länder allgemeingültig hierzu wie folgt geäußert:

„In die Forschung (Psych.-Enquete Ziff. 3.15, S. 35) sollen psychiatrische Krankenhäuser mit ihrem besonderen Krankengut verstärkt einbezogen werden. Ferner ist eine vermehrte Übertragung von Lehraufträgen an geeignete Mitarbeiter der psychiatrischen Krankenhäuser zu fordern. Die Geschichte der psychiatrischen Forschung hat gezeigt, daß aus diesem Bereich wesentliche wissenschaftliche Erkenntnisse und Impulse gekommen sind.

Bezüglich des psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereichs wird auf die Notwendigkeit einer differenzierten Bedarfs- und Evaluations-Forschung nachdrücklich hingewiesen (vgl. 3.2.3). Im übrigen gen hält es der Arbeitskreis für richtig, das Bundesgesundheitsamt in die psychiatrische Forschung einzubeziehen. Schon bisher bedienen sich die Bundesregierung und die Landesregierungen

von Fall zu Fall des Sachverstandes von Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachdisziplinen. Förmliche Berufungen erübrigen sich daher."

Die *Verbände* bedauern, daß die Forschung auf dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik nicht unter die Prioritäten des Psychiatrie-Berichtes eingereiht worden ist.

Sie fordern daher Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Prävention, der Versorgung sowie Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, um in Zukunft psychische Krankheiten, Störungen und Behinderungen besser verhüten oder behandeln zu können.

Die *Bundesregierung* weist darauf hin, daß die von der Sachverständigen-Kommission gemachten Vorschläge zur Intensivierung und Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik in erster Linie institutioneller Art sind. Sie haben das Ziel, insbesondere im universitären Bereich bessere Voraussetzungen für die auf diesem Gebiet tätigen Wissenschaftler zu schaffen. Die Bundesregierung hält diese Forderungen im Grundsatz für berechtigt, verweist aber auf die verfassungsrechtliche Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern. In welchem Umfang und in welcher Form Forschungskapazitäten der Hochschulen eröffnet bzw. erweitert werden müssen, wird im Einzelfall von den Ländern zu prüfen sein.

Soweit die Deutsche Forschungsgemeinschaft durch Initiierung und Förderung von Forschungsvorhaben zur Verbesserung der Grundlagenforschung beitragen kann, unterstüzt die Bundesregierung diese Aktivitäten in den Gremien der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Seit 1968 bestehen der Sonderforschungsbereich „Nervenheilkunde" an der Universität Gießen, seit 1973 die Sonderforschungsbereiche „Psychiatrische Epidemiologie" in Heidelberg und „Psychosomatische Medizin" in Hamburg, für die die Deutsche Forschungsgemeinschaft bis 1977 rd. 27 Millionen DM bewilligt hat. Ferner besteht seit 1977 das Schwerpunktprogramm „Epilepsieforschung", für das im ersten Jahr 2,1 Millionen DM bereitgestellt wurden. Darüber hinaus werden ständig Einzelvorhaben im Normalverfahren gefördert, deren Zahl seit drei Jahren erheblich gestiegen ist.

Neben den Empfehlungen organisatorischer/institutioneller Natur enthält die Stellungnahme der Sachverständigen-Kommission auch einige Hinweise auf die Notwendigkeit einer praxisbezogenen angewandten Forschung (Psych.-Enquete Kapitel F 3.1 und 3.3, S. 396), die sich jedoch nicht in konkreten Empfehlungen niedergeschlagen haben. Die Bundesregierung hält gerade eine an der praktischen Umsetzbarkeit im Gesundheitswesen orientierte Forschung für vordringlich. Dementsprechend stellt der Bereich „psychische Krankheiten" einen der thematischen Schwerpunkte des Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" dar, das die Bundesregierung im Juni 1978 beschlossen hat.

Auf dem Gebiet der psychischen Krankheiten sieht das Aktionsprogramm der Bundesregierung sowohl Untersuchungen zu Problemen der Prävention vor als auch die Erarbeitung und Validierung von Konzepten für Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Im Zusammenhang mit Überlegungen zu möglichen Präventionsmaßnahmen sollen aus retrospektiven Verlaufsbeobachtungen Risikofaktoren und -indikatoren für psychische Krankheiten identifiziert werden. Im Bereich der Diagnose kommt es vor allem darauf an, Instrumente zur Diagnostik psychischer Krankheiten vergleichend zu bewerten, diagnostische Merkmale (indices) zur Entscheidung für ambulante/stationäre/gemischte Versorgung zu erstellen und anhand prospektiver Studien über den Langzeitverlauf von Krankheitsfällen diagnostische Klassifikationen zu bewerten. Die vorgesehene Erarbeitung therapeutischer Leitlinien für psychische Krankheiten beinhaltet die Entwicklung und modellhafte Erprobung von kooperativen Behandlungsmodellen, die Durchführung vergleichender Kontrollen zwischen unterschiedlichen therapeutischen Verfahren und die modellhafte Erprobung von Behandlungsmaßnahmen in ergänzenden Versorgungseinrichtungen wie Tagesheimen, beschützenden Werkstätten u. a.

Bei der Erarbeitung von Rehabilitationswegen für psychische Krankheiten werden folgende Schwerpunkte gesetzt: Entwicklung von Nachsorgekonzepten zur Behandlung chronischer psychischer Leiden unter Aufrechterhaltung sozialer Bezüge der Erkrankten; Erprobung von Modellen für die Einschaltung nichtärztlicher Heilberufe und Laienaktivitäten in die Begleitung psychisch Kranker; modellhafte Schaffung von ergänzenden Einrichtungen wie Tagesheimen, Nachtkliniken und beschützenden Arbeitsstätten; Erprobung von Systemen zur aktiven Überwachung psychisch Kranker durch ein Hausbesuch- und Einbestellsystem.

Aus dieser kurzen Darstellung der vorgesehenen Forschungs- und Entwicklungsmaßnahmen ist bereits erkennbar, daß die von der Sachverständigen-Kommission angeregte Schaffung besserer Voraussetzungen für die Umsetzung von Forschungsergebnissen eines der Grundanliegen des Programms der Bundesregierung darstellt. Um diesem Anliegen gerecht zu werden, sollen die Forschungsvorhaben zum einen von vornherein auf die spätere Umsetzung in einzelnen Schritten angelegt sein; dies wird eine Voraussetzung für die Förderung überhaupt sein. Zum anderen sollen Experten bereits bei der Erarbeitung der detaillierten Aufgabenspezifikationen bzw. Ausschreibungsunterlagen für die einzelnen Vorhaben mitwirken.

Das Programm der Bundesregierung steht auch im Einklang mit der Forderung der Länder bzw. der Verbände

— nach einer differenzierten Bedarfs- und Evaluationsforschung bezüglich des psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereichs und

— nach Forschung auf den Gebieten der Prävention, der Versorgung und der Rehabilitation, um künftig psychische Krankheiten, Störungen und Behinderungen besser verhüten bzw. behandeln zu können.

5 Planungsstudie zum Bericht der Sachverständigen-Kommission

5.1 Auftrag und Ergebnisse

Die Bundesregierung hat im Frühjahr 1975 im Einvernehmen mit der Sachverständigen-Kommission eine Planungsstudie in Auftrag gegeben, die im November 1976 fertiggestellt wurde. *)

Der Auftrag ist in der Planungsstudie wie folgt beschrieben (ohne Hinweise auf die Abschnitte der Studie):

„Auf der Grundlage des Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland sollten Planungsraster erarbeitet werden, die als Leitlinie zur Neuordnung und zur Ergänzung der vorhandenen psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Dienste verwendbar sind. Mit Hilfe dieser Leitlinie sollte ein Instrument, sowohl zur schrittweisen Überführung der gegenwärtigen Situation zu den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission, als auch eine Anleitung für praktisches Handeln zum Aufbau des Versorgungsnetzes geschaffen werden.

Neben besonderen Erfordernissen für einzelne Patientengruppen sollten siedlungsstrukturelle Abweichungen und unterschiedliche Qualitätsstandards dargelegt und für einzelne Versorgungsgebiete kostenmäßig abgegrenzt werden. Aufgabe war es weiterhin, die analytischen, kalkulatorischen und Bewertungsgrundlagen soweit zu verfeinern, daß bei künftigen Planungen Aufwand und Nutzen verschiedener Versorgungskonzeptionen einander gegenübergestellt werden können.

Hochrechnungen auf größere Einheiten als Standardversorgungsgebiete waren im Auftrag nicht vorgesehen.

Aus den Auftragspunkten geht hervor, daß mit dieser Studie eine Verfeinerung der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete sowie deren Aufbereitung für Planungsentscheidungen bezweckt war. Nicht beabsichtigt war ein fachliches Ergänzen der Enquete-Aussagen etwa zum Vorfeld fachspezifischer Beratungsdienste, zur Prävention, zur Forschung u. a."

Zu den Ergebnissen der Planungsstudie haben die Verfasser ausgeführt:

„Planungsraster

Die Planungsraster geben wesentliche Entscheidungsmöglichkeiten für den Aufbau der Versorgungsdienste an. Die Varianten wurden in das Raster so eingesetzt, daß ihre Qualität ablesbar ist. Sie geben alternative Zielzustände und ihre entsprechenden Entwicklungsstufen an, so daß für jede vorkommende „Ausgangssituation" qualitativ gestufte Entwicklungsreihen als Leitlinie vorgefunden werden können.

Für die Feinabstimmung der Raster mit den Gegebenheiten örtlicher Verhältnisse wurden zusätzlich Zielkriterien formuliert und beschrieben, aus denen die besonderen Versorgungsbedürfnisse der einzelnen Patientengruppen hervorgehen. Damit sind mögliche Unsicherheiten bei künftigen Planungsüberlegungen auf ein Mindestmaß herabgesetzt.

Bedarfsermittlungen und Personalbemessungen

Für acht Patientengruppen sind die Versorgungsdienste, je nach ihren besonderen Unterbringungs- und Therapiebedürfnissen, untersucht worden. Daraus ergaben sich Streubereiche für Meßziffern, die auf der Grundlage von Bestandsaufnahmen, Berufserfahrungen und Zielsetzungen gegeneinander abgegrenzt und bewertet wurden. Auf diese Weise zeichneten sich bestimmte Meßziffernkombinationen ab, die zum Teil von Bestandserhebungen bestätigt werden und damit für bestimmte vorhandene Versorgungskonstellationen stehen, z. T. aber auch von der Realität noch nicht bestätigt werden können — also Hypothesen darstellen.

Die Bedarfsermittlung erstreckte sich im wesentlichen auf die Erstellung von Meßzahlen für Vollversorgungszustände und Übergangslösungen in Ballungsgebieten und sehr dünn besiedelten Gebieten. Eine weitere Unterteilung hat sich wegen der geringen Bedarfsunterschiede als nicht zweckmäßig erwiesen. Für Vollversorgungszustände wurden die Abweichungen herausgearbeitet, die bei unterschiedlicher Bevorzugung stationärer, teilstationärer, komplementärer oder ambulanter Dienste entstehen können. Für die Personalbemessung wurden Schlüssel zwischen einer Ober- und einer Untergrenze markiert und, soweit vorhanden, gegenwärtige Ausstattungen eingeordnet.

---

*) Es handelt sich um die „Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung —", im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit erstellt von der Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH. — Die Planungsstudie selbst und die Stellungnahme der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission zu der Planungsstudie sind in die Veröffentlichung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit „Planungsmaterialien zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung" voll einbezogen worden (Verlag: W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 1978). — Die Zusammenfassung der Planungsstudie wurde in den Anhang aufgenommen (s. S. 104 des Anhangs).

Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission wurden, soweit sie den Aufbau des Versorgungsnetzes betreffen, präzisiert. Hierbei entstand eine Vielzahl von Daten- und Funktionsschemata, die auf keine präzisen Quellen der Psychiatrie-Enquete abgestützt werden können. Da sie aber gemeinsam mit den Sachverständigen aufgestellt und in mehrfachen Tagungen abgestimmt wurden, können sie als Quelle der Sachverständigen-Kommission zugeschrieben werden.

Die Empfehlungen sind in dem Planungsraster ausdrücklich gekennzeichnet. Sie betreffen vor allem die Angliederungen an die Allgemeinmedizin und die Bedarfszahlen für einzelne Unterbringungsformen. Im Vordergrund steht die Entlastung von stationären Krankenhausdiensten, durch teilstationäre, komplementäre und ambulante Dienste.

Da diese Angaben in der Regel auf von Berufserfahrung gestützten Hypothesen beruhen, ist ihre Erprobung in Modellvorhaben wünschenswert.

Prioritäten

Die Prioritäten der Psychiatrie-Enquete bleiben als konzeptioneller Rahmen für die Aussagen dieser Studie erhalten. Aus planerischer Sicht wäre es jedoch zweckmäßig, zur Kontrolle der empfohlenen Bemessungsgrundlagen Modellvorhaben, die diese Angaben bewahrheiten und die für die breite Durchführung der Reform Vorbild sein können, Vorrang vor den übrigen Prioritäten einzuräumen.

In einem Abschnitt sind in den Beschreibungen der Zielkriterien Prioritäten zum Ausdruck gebracht worden. Eine weitere Möglichkeit, Dringlichkeiten zu setzen, besteht in der Gewichtsverteilung auf einzelne Ziele in den Zielmatrices.

In einem anderen Abschnitt findet sich eine 4-stufige Aufteilung des konzeptionellen Rahmens der Psychiatrie-Enquete in Einzelprioritäten.

Kosten- und Finanzierungsgrundlagen

Die Kostenuntersuchungen zu den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete bringen die Studie in das Problemfeld der Regionalökonomie. In den Regionalwissenschaften wird es immer mehr üblich, für umfassende und langfristig angelegte Vorhaben zunächst die fachlichen und sachlichen Lösungsmöglichkeiten in einem groben Planungsraster vorzugeben und durch Zielformulierungen zu ergänzen, um aufzuzeigen, welcher Entscheidungsraum zur Verfügung steht. Der Mittelbedarf hängt dann von den Realisationskosten der einzelnen Alternativen ab. Er wird u. a. vom Zeitpunkt und Dauer der Durchführungsmaßnahmen beeinflußt (z. B. sind die Baukosten bei einem „Boom" sehr hoch, bei Beschäftigungsmangel niedrig). Wegen dieser Unwägbarkeiten, die noch durch Schwankungen in den Einnahmen der öffentlichen Hand und durch sich ändernde politische Dringlichkeiten vermehrt werden, verzichten die Verfasser auf die Festlegung finanzieller Randbedingungen und Abgrenzung von Realisationszeiträumen, wie sie in der regionalwirtschaftlichen Betrachtung noch verbreitet üblich sind. Die Verfasser halten solche Festlegungen für rein theoretische Modelluntersuchungen verwendbar, nicht jedoch für Entscheidungsvorbereitungen in der Praxis.

Die Erfassung der indirekten Kosten wird durch umfassende Zielanalysen ersetzt, so daß sich die Kostenanalysen in dieser Studie nur mit den Projektkosten zu befassen haben.

Neben der Darlegung der methodischen Berechnungsgrundlagen wurden am Beispiel der Allgemeinen Psychiatrie Berechnungen für alternative Versorgungskonzeptionen durchgeführt, die ergaben, daß die von der Sachverständigen-Kommission empfohlenen Patientenaufteilungen auch aus Kostensicht die vorteilhaftesten Lösungen sind, weil sie weniger Kosten verursachen als Konzeptionen, die Fehlplazierungen in Kauf nehmen bzw. der stationären Krankenhausversorgung Vorrang gegenüber teilstationären und komplementären Diensten einräumen.

Ebenfalls am Beispiel der Allgemeinen Psychiatrie wurde ein Kostenspiegel für Pflegesätze/Kostensätze sämtlicher Unterbringungsformen des Versorgungsnetzes errechnet. Aus diesem Spiegel geht hervor, daß Krankenhausversorgung teurer ist als Heimunterbringung, einschließlich Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte. Dieses Ergebnis bestätigt die Forderung — Unterbringung der Patienten nach ihrer Behandlungsbedürftigkeit — auch aus der Sicht der Kosten.

In einer Gegenüberstellung der Krankenhauspflege-/-kostensätze für die einzelnen Patientengruppen wird verdeutlicht, welche Beträge sich aufgrund der patientengruppenspezifischen Behandlungserfordernisse bei „mittlerer Personalausstattung" und nach Beseitigung von Fehlplazierungen ergeben. Diese Pflegesätze liegen zum Teil ganz erheblich über den gegenwärtigen Durchschnittspflegesätzen. Im Bezugsjahr 1974 betrug der Pflegesatz in psychiatrischen Krankenhäusern durchschnittlich 50 DM bis 70 DM. Nach den „mittleren" Personalausstattungen des Planungsrasters ergibt sich für dasselbe Jahr ein Betrag zwischen 64 DM und 168 DM. Jedoch erfordern weniger als 1/3 der krankenhausbedürftigen Patienten einen Pflegesatz von mehr als 90 DM.

Fehlplazierung

Durch Gegenüberstellung des Versorgungsaufwands für Wohnheimpatienten und nicht-krankenhausbedürftige Krankenhauspatienten sollten die Vorteile der Vermeidung von Fehlplazierungen festgestellt werden. Der Vergleich zeigt: Die Versorgungskosten von Wohnheimen betragen — selbst bei besserer Personalausstattung der Heime als der „Pflegefälle" im Krankenhaus — nur etwa 45 v. H. der Kosten von Fehlplazierungen im Krankenhaus.

Integration von Psychiatrie und Allgemeinmedizin

Die Integrationsmöglichkeiten von Psychiatrie und Allgemeinmedizin werden für einzelne Patientengruppen dargestellt und bewertet. Aus dieser Untersuchung geht hervor, daß die Angliederung psychiatrischer, psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an Allgemeine Krankenhäuser nicht für jede Patientengruppe in gleicher Weise empfehlenswert ist. Für Kinder und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtkranke erscheint die Angliederung nur bedingt zweckmäßig, während sie für forensische Psychiatrie nicht in Frage kommt.

Aus Kostensicht erscheint die Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeine Krankenhäuser so lange problematisch, wie eine betriebswirtschaftliche Eigenständigkeit dieser Abteilungen nicht abgesichert ist und Kostennivellierungen mit allgemeinmedizinischen Pflegesätzen nicht aufgehalten werden."

5.2 Stellungnahme der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission

Der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission wurde Gelegenheit gegeben, zur Planungsstudie Stellung zu nehmen (s. Anhang S. 108). In der Stellungnahme wird die Ansicht vertreten, daß den Behörden des Bundes, der Länder und der Gemeinden nunmehr die Orientierungsdaten zur Verfügung stünden, die diesen eine Übertragung der Zielvorstellungen auf unterschiedliche Gegebenheiten und konkrete Schritte zu einer Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ermöglichten.

Neben Einzelanmerkungen äußern sich die Sachverständigen noch zu folgenden grundlegenden Punkten:

— Bei der Verabschiedung des Berichtes habe Klarheit bestanden, daß die Verwirklichung aller Zielvorstellungen finanzielle und personelle Aufwendungen erforderlich machen würden, deren Umfang eine solche Neuordnung unrealistisch erscheinen lassen könnte. Die Neuordnung sei nur mit den zu jeder Zeit begrenzten personellen und finanziellen Möglichkeiten in Einklang zu bringen.

— Die Daten in der Planungsstudie bedürften zukünftig der Überprüfung. So seien z. B. die mittleren Personalausstattungen, welche den Kostenberechnungen zugrunde gelegt würden, in vielen Fällen schon heute erreicht worden.

— Nach Erarbeitung des Enquete-Berichtes und nach Erstellung der Planungsstudie wäre die wissenschaftliche Begleitung der Neuordnung und Erweiterung der Versorgung nunmehr vordringliche Planungsaufgabe.

5.3 Stellungnahme des Ständigen Arbeitskreises der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder

Der Ständige Arbeitskreis hat sich zur Planungsstudie nicht ausführlich geäußert.

Er hat aus fachlicher Sicht lediglich ausgeführt:

„Eine Stellungnahme zur Planungsstudie — vorgelegt im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit von der Heinle, Wischer und Partner-Planungs-GmbH — muß den einzelnen Ländern vorbehalten werden, da in den Beratungen des Arbeitskreises hierzu sehr unterschiedliche Auffassungen zutage traten. Aus fachlicher Sicht sei hier nur folgendes festgestellt:

Verdienstvoll ist der Versuch, die Empfehlungen des Schlußberichts umzusetzen in Größenordnungen der Finanzierung und Gesichtspunkte der Prioritäten. Zum methodischen Vorgehen bei Planungen lassen sich aus der Studie viele wertvolle Hinweise ableiten. Klar stellt die Studie auch die Erkenntnis heraus, daß sich die Neuordnung der psychiatrischen Versorgung nur in Stufen erreichen läßt. Die inzwischen veränderte Bedarfslage wird eine Korrektur bzw. Fortschreibung der Bedarfs-Determinanten erfordern. Der Arbeitskreis kam zu der Auffassung, daß die Bedarfsberechnungen für den Personalsektor über die realen Möglichkeiten weit hinausgehen."

5.4 Stellungnahmen der Bundesländer

Die Bundesländer haben sich zur Planungsstudie u. a. folgendermaßen geäußert:

— Die Bundesregierung habe generell mit dem Auftrag zur Erstellung der Planungsstudie einen unerläßlichen Beitrag zur Reform der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung geleistet.

— Die Planungsstudie biete interessantes Material, vermittle wertvolle Informationen und praktische Leitlinien und sei verdienstvoll.

— Die Planungsstudie werde als geeignetes Instrument (Planungshilfe) bei den weiteren Planungen herangezogen.

— Vorbehalte gegen die Planungsstudie würden sich im Hinblick auf die jeweiligen Verhältnisse ergeben, sie bedürften — wie auch die Enquete-Empfehlungen — der kritischen Bewertung und Korrektur.

5.5 Stellungnahmen von Verbänden

Die folgende Übersicht bezieht sich auf die Stellungnahmen der Verbände, die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit aufgefordert waren, sich kritisch zur Planungsstudie zu äußern *).

*) Darüber hinaus hat auch der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung seinerseits die entsprechenden Verbände, Behörden und Versicherungsträger befragt.

Dieser Aufforderung kamen folgende Verbände nach:

Lfd. Nr.	Name des Verbandes
1.	Aktion Psychisch Kranke e. V. — Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker
2.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.
3.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser
4.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
5.	Bundesärztekammer
6.	Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.
7.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
8.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde
9.	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V.
10.	Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.
11.	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.
12.	Deutsche Krankenhausgesellschaft
13.	Kassenärztliche Bundesvereinigung
14.	Marburger Bund

Da den Verbänden anheimgestellt war, sich zu denjenigen Bereichen zu äußern, die zu den Schwerpunkten ihrer Verbandsarbeit gehören, können die nachstehenden Ausführungen keinen Anspruch auf eine vollständige Stellungnahme zur Planungsstudie erheben. Auch konnten nicht alle Beiträge der Verbände berücksichtigt werden, weil diese Auswertung allein auf die Ergebnisse der Planungsstudie (s. Anhang S. 105) abgestellt worden ist. Es wird daher ausdrücklich auf die im Anhang befindlichen Originaltexte (s. S. 242 des Anhangs) hingewiesen.

Zu: Planungsraster

Von den Verbänden wird überwiegend anerkannt, daß diese schwierige Aufgabe mit großer Sorgfalt angegangen worden sei. Die Vielzahl der Funktionsschemata und Entscheidungsvarianten erschwere aber die Übersichtlichkeit. Der Aufbau der Studie sei, soweit es die Einordnung der verschiedenen Leistungsträger in die Standardversorgung betreffe, nicht einheitlich. Bezweifelt wird, ob die aufgestellten Grundsätze unter Berücksichtigung der einzelnen Patientengruppen optimal dargestellt worden seien.

Zu: Bedarfsermittlungen und Personalbemessungen

Die Verbände begrüßen, daß die Empfehlungen der Sachverständigen durch Detailuntersuchungen ergänzt worden sind. Es wird aber auch darauf hingewiesen, daß sich eine Reform der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung nicht darauf beschränken dürfe, für jede Gruppe von Patienten, die an verschiedenen psychischen Krankheiten leiden, jeweils spezielle, möglichst perfekte Versorgungsdienste und Einrichtungen zu schaffen. Im Interesse der Straffung sollte geprüft werden, ob die Unterteilung in acht Patientengruppen notwendig ist und ob Parallelerfassungen und -beurteilungen erfolgten.

Kritisch wurde bemerkt, daß die Planungsstudie die bereits von den Sachverständigen erfolgte Betonung der kurativen Maßnahmen zu Lasten der präventiven verstärke. Die Konzeption der „psychosozialen" Versorgung sei weitgehend verlorengegangen, weil die Verzahnung mit sozialen Diensten nicht genügend berücksichtigt worden sei. Im Vergleich zum stationären und rehabilitativen Sektor seien die ambulanten Dienste zu gering gewichtet worden.

Ferner wird die Ansicht vertreten, daß die — zu einem hohen Anteil auf Schätzungen von Experten beruhenden — Angaben der Korrektur bedürfen. Die den Kostenberechnungen zugrundegelegten mittleren Personalausstattungen seien in vielen Fällen schon erreicht. Die vorwiegend an der Krankenhausversorgung orientierte Personalbedarfsplanung müsse die entstehenden komplementären und ambulanten Dienste zunehmend mit berücksichtigen.

Zu: Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

Die Planungsstudie wird von den Verbänden als notwendige Ergänzung des Berichtes der Sachverständigen beurteilt, zumal sie mit Fachleuten der jeweiligen Spezialgebiete abgestimmt worden sei. Die veränderte Gliederung habe allerdings zur Folge, daß bei den Aussagen der Studie sich die Schwergewichte gegenüber dem Bericht verlagern und bestimmte — für die Planungsansätze nicht verwertbaren Aussagen der Sachverständigen — gar nicht berücksichtigt werden.

Der Vorschlag der Erprobung, z. B. von Bedarfszahlen der Planungsstudie in Modellvorhaben, wird überwiegend begrüßt.

Zu: Prioritäten

Die Verbände unterstreichen die Verpflichtung der in der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung Tätigen und der politisch Verantwortlichen, die von den Sachverständigen gesetzten Prioritäten und die Art ihrer Durchführung ständig an den sich verändernden Bedürfnissen und an den Fortschritten der wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen. Die perspektivische Betrachtung der Planungsstudie verdeutliche, daß die vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser noch auf Jahre hinaus die Hauptlast der statio-

nären Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu tragen haben werden.

Es wird die Ansicht vertreten, daß die Realisierung in Stufen nicht der Realität entspreche und die weitere Entwicklung, z. B. der Förderung der geistig Behinderten, hemme. Langfristige Planung dürfe nicht verhindern, daß dringliche Änderungen unverzüglich vorgenommen werden. Nach Ansicht der Verbände sind dies insbesondere:

— Beseitigung der gerade im Bereich der stationären Behandlungseinrichtungen auch jetzt noch bestehenden teilweise groben Mißstände

— Untergliederung und ggf. Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser

— vermehrte Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern

— Ausbau der komplementären Dienste.

Zu: Kosten und Finanzierungsgrundlagen

Die Berechnungen in der Planungsstudie für alternative Versorgungskonzeptionen — mit dem Ergebnis, daß die von den Sachverständigen empfohlene Patientenaufteilung auch aus der Kostensicht die vorteilhafteste Lösung sei — müssen nach Auffassung von Verbänden differenzierter betrachtet werden. Man dürfe nicht übersehen, daß die unterschiedlichen Patientengruppen bislang auch in der stationären Krankenhausversorgung effektiv unterschiedliche Kosten verursacht und somit insgesamt zu einer Nivellierung des Pflegesatzes beigetragen hätten. Daraus ergebe sich, daß bei einer Ausgliederung bestimmter Patienten aus dem Krankenhausbereich die Pflegesätze gegenüber früher ansteigen würden. Ob unter diesem Gesichtspunkt z. B. die Aussage über die Versorgungskosten in Wohnheimen stimme, sollte nochmals eingehend überprüft werden. Spezielle Erfahrungswerte würden zwar nichts an der Grundaussage ändern, daß ein Wohnplatzheim billiger wäre als ein Bett im psychiatrischen Krankenhaus, für die errechneten Kostenrelationen seien sie jedoch nicht unerheblich.

Zu: Fehlplazierung

Die Stellungnahme der Verbände zur Planungsstudie machen deutlich, daß sich die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser einer Reduzierung übergroßer Bettenzahlen nicht verschließen. Gerade eine Belegungsauflockerung ermögliche erst die Verbesserung des Unterbringungs- und Behandlungsstandards der psychiatrischen Krankenhäuser. Voraussetzung hierfür sei jedoch, daß das Netz ambulanter, halb-(teil)stationärer, komplementärer und rehabilitativer Dienste entsprechend den Empfehlungen der Sachverständigen ausgebaut werde. Hierfür könnten nach Ansicht der Verbände die Bedarfszahlen der Planungsstudie eine wichtige Grundlage sein.

Im Hinblick auf längerfristige Planungsüberlegungen sind die Verbände der Ansicht, daß die Planungsabsichten der einzelnen Träger unbedingt aufeinander abgestimmt werden müßten. Hierzu seien in erster Linie die obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder aufgerufen. Da die bisherige Planung sowohl für die Psychiatrie speziell als auch für den übrigen Bereich des Gesundheitswesens bereits von bestimmten regionalen Gliederungen ausgehen, müßten die bereits vorhandenen Strukturen mit berücksichtigt werden.

Mit Nachdruck wird darauf hingewiesen, daß sich mit Rationalisierungsmaßnahmen allein die dringend notwendige Neuordnung nicht durchführen lasse. Im Interesse der stationären Patienten sollte deshalb Teillösungen der Vorrang vor Globallösungen gegeben werden.

Zu: Integration von Psychiatrie und Allgemeinmedizin

Den Aussagen in der Planungsstudie zur Integration von Psychiatrie und Allgemeinmedizin haben die Verbände grundsätzlich zugestimmt. Mit der Einführung differenzierter Pflegesätze könnten Kostennivellierungen beseitigt werden. Es sei nicht erforderlich, eine betriebswirtschaftliche Eigenständigkeit der psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern durchzusetzen und deshalb ihre Einrichtung zurückzustellen.

Die Verbände weisen darauf hin, daß die Träger von Allgemeinkrankenhäusern aus verschiedenen Gründen nur eine eingeschränkte Bereitschaft zeigten, psychiatrische Abteilungen einzurichten. Rückläufige Belegung in Allgemeinkrankenhäusern hätte die Forderung laut werden lassen, freie Bettenkapazitäten mit psychisch Kranken zu belegen. Dies könne jedoch nicht unbedingt zu einer wirksamen Verbesserung der stationären Versorgung beitragen, da psychiatrische Abteilungen von ihrer Größenordnung, ihrer inneren Struktur und ihren baulichen Gegebenheiten her in der Lage sein müßten, auf jeden Fall einen bestimmten Sektor des Gesamtversorgungsgebietes zu übernehmen.

Die Verbände bedauern, die Planungsstudie berücksichtige nicht, daß die Reduzierung der Bettenzahl bei den großen psychiatrischen Krankenhäusern in keinem Falle zu einer Reduzierung der Personalausstattung führen dürfe.

5.6 Stellungnahme der Bundesregierung

Die Bundesregierung hat auf die veränderte Ausgangslage gegenüber dem Zeitpunkt der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete und auf die inzwischen eingetretenen Entwicklungstendenzen hingewiesen. Es ist sichbarer geworden, wie vielschichtig die Aufgabe einer Verbesserung der Versorgungssituation ist.

Mit dem Auftrag, eine Planungsstudie als Ergänzung des Berichtes der Sachverständigen-Kommission zu erstellen, verfolgte die Bundesregierung die Absicht, daß künftige Maßnahmen zielsicherer und kostensparender auf die Empfehlungen der Sachverständigen ausgerichtet werden können. Die Planungsstudie (Planungsmaterialien) soll die Verständigung zwischen Gesetzgebern, Ministerien, Trä-

gern und Therapeuten erleichtern sowie mehr Offenheit für künftige Entwicklungen fördern. Ziel ist dabei selbstverständlich nicht die Anpassung aller Maßnahmen an ein einheitliches Modell. Hierzu sind die strukturellen und konzeptionellen Voraussetzungen regional und örtlich viel zu unterschiedlich. Für die Verwirklichung einer ausgewogeneren Versorgung zwischen den einzelnen Ländern bis hin zur Abstimmung der Dienste innerhalb eines einzelnen Vorsorgungsgebietes ist mit der Planungsstudie ein Hilfsmittel erarbeitet worden, für das es im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland kein Vorbild gab.

Für die Reform ist es nach Ansicht der Bundesregierung eher nützlich, wenn die weitere Entwicklung in einzelnen Schritten erfolgt. In der Praxis wird meist an Teilproblemen gearbeitet, nicht am Gesamtentwurf einer Neuordnung. Die schrittweise Überführung der gegenwärtigen Situation hin zu den Empfehlungen der Sachverständigen ist nach den Ergebnissen der Planungsstudie erreichbar. Die ausgearbeiteten Zielstufenpläne können dafür hilfreich sein.

Die Ergebnisse der Arbeiten der Sachverständigen-Kommission und der Planungsstudie sind keine starren Empfehlungsrichtlinien. Sie sollten vielmehr nach Meinung der Bundesregierung sich jeweils an versorgungsspezifischen Umständen und Bedürfnissen ausrichten und einer ständigen Prüfung unterzogen werden.

Die vorangestellten Stellungnahmen der Länder und Verbände geben dafür beachtliche Hinweise.

6 Sachstand zum Maßnahmenkatalog des Zwischenberichts (Drucksache 7/1124)

Bei der Zuleitung des Zwischenberichts der Sachverständigen-Kommission, der erste Empfehlungen enthielt, an den Deutschen Bundestag (Drucksache 7/1124), stellte die Bundesregierung in dem Zuleitungsschreiben vom 16. Oktober 1973 fest, daß ein Teil der vorgeschlagenen Empfehlungen bereits bei Bund und Ländern angelaufen sei. Es erschien ihr aber notwendig, darüber hinaus eine Reihe von mittelfristigen Maßnahmen unverzüglich in Angriff zu nehmen (s. Anhang S. 71).

Über den Sachstand berichtet die Bundesregierung nachstehend in der Reihenfolge des Maßnahmenkatalogs auf Bundesebene (Ziff. 20.1 bis 20.15 und Ziff. 21 des Maßnahmenkatalogs). Hinsichtlich der Maßnahmen auf Länderebene wird auf die Stellungnahmen der Länder zu der Psychiatrie-Enquete Bezug genommen (s. S. 13 und Textwiedergaben im Anhang S. 113 ff.).

6.1 Aufklärungsarbeit

20.1 Aufklärung der Allgemeinheit zur Überwindung der Vorurteile der Gesellschaft, gesundheitliche Information des betroffenen Personenkreises, Schaffung eines besseren Verständnisses und einer größeren Hilfsbereitschaft aller gegenüber psychisch Kranken und Behinderten.

Die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung begonnene Informationsarbeit erfolgt in Abstimmung mit den gesundheitserzieherischen Institutionen der Länder und in enger Kooperation mit den auf dem Sektor der Versorgung psychisch Kranker bzw. der Rehabilitation Behinderter tätigen Verbänden. Entsprechend der in Kapitel A 3 „Gesundheitserziehung und Öffentlichkeitsarbeit" des Schlußberichtes der Enquete-Kommission getroffenen Einteilung wurde parallel zu der gesundheitlichen Aufklärung, die sich an breite Bevölkerungskreise wendet, auch diejenige Informationsarbeit für spezifische Zielgruppen verstärkt unterstützt, die für die Realisierung der Reformvorschläge der Psychiatrie-Enquete von wesentlicher Bedeutung sind. Zunehmend gefördert wurde die vielfältige Informationsarbeit im politischen und administrativen Raum, die insbesondere durch die „Aktion Psychisch Kranke e. V.", Bonn, geleistet wird. Eine Förderung erfährt ebenfalls die Informationsarbeit für das an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligte Personal, sei es für den Bereich der professionellen Kräfte in psychiatrischen Einrichtungen, wie es sich die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V." zur Aufgabe gemacht hat, oder für die verstärkte Mitwirkung von Laien, die der „Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V." zum Ziel hat. Eine Reihe von Fachverbänden und Selbsthilfeorganisationen, wie z. B. die „Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte" und die „Deutsche Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie" erhalten ihre Aufklärungsmaßnahmen, insbesondere zum Ziel der Früherkennung und Frühbehandlung der Behinderungen, ebenfalls kontinuierlich gefördert.

Die hauptsächlichen Zielsetzungen sind:

- Informationen über Arten, Ursachen und Rehabilitationsmöglichkeiten von Behinderungen und psychischen Krankheiten,
- Kommunikationen zur Verringerung der emotionalen und sozialen Distanz zu behinderten und psychisch kranken Menschen,

— Aktivierung von Kontaktmöglichkeiten und von Gruppenarbeit zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und der sozialen Geschicklichkeit zwischen Nichtbehinderten und Behinderten,

— Aufklärung junger Eltern durch Informationen, die der Früherkennung von Entwicklungsabweichungen und Behinderungen beim Säugling und Kleinkind dienen.

Massenmedien und Informationsmaterialien verschiedenster Art wurden im Rahmen einer systematisch konzipierten Schwerpunktaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter dem Leitthema „Menschen wie wir" und dem Motto „Jeder ist ein Teil des Ganzen" eingesetzt:

— eine Serie von Anzeigen in Publikumszeitschriften

— eine Serie von Fernsehspots im ARD-Programm

— Entwicklungskalender für Kinder bis zum 18. Monat, Merkblatt für junge Eltern (1,9 Millionen Exemplare)

— Broschüre „Menschen wie wir" (670 000 Exemplare)

— Fotodokumentation „Wir sind Menschen wie Ihr auch" (305 000 Exemplare)

— Leitfaden „Besser helfen — mehr erreichen" für die Arbeit mit behinderten Menschen und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (157 000 Exemplare)

— für die örtliche Informations- und Pressearbeit der vielfältigen Fach- und Laiengruppen der Einsatz einer Wanderausstellung „Behinderte Menschen im Alltag" und zusätzliche Begleitmedien in Form von Plakaten und Aufklebern

— ein Dokumentarfilm „Leben ohne aufzugeben" im ARD-Programm.

Vergleiche der Ergebnisse von Einstellungsbefragungen über mehrere Jahre hinweg haben gezeigt, daß sich die überwiegend negative Einstellung der Bevölkerung, insbesondere gegenüber geistig Behinderten und schwer psychisch Erkrankten, nur sehr geringfügig verändert. Aufklärungsmaßnahmen müssen darum nach Ansicht der Bundesregierung langfristig duchgeführt werden.

6.2 Ambulante Behandlungs- und Beratungskapazität

20.2 Es ist zu prüfen, wie die ambulante Behandlungs- und Beratungskapazität den Vorstellungen der Sachverständigen-Kommission entsprechend bedarfsgerecht erweitert werden kann.

und

6.3 Ausbau der RVO

20.3 Prüfung der Frage, ob und in welcher Weise die ambulante psychiatrische Versorgung und ihre Sicherstellung im Rahmen der RVO insbesondere auch unter Einbeziehung psychiatrischer Krankenhäuser auszubauen ist.

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871) ist mit der Ergänzung des § 368 n Abs. 7 RVO — jetzt § 368 n Abs. 6 Satz 2 RVO — auf der Grundlage von in der Psychiatrie-Enquete gegebenen Anregungen eine gesetzgeberische Maßnahme bezüglich der Teilnahme psychiatrischer Krankenhäuser an der kassenärztlichen Versorgung getroffen worden. Dazu heißt es in der Begründung des Berichtsantrags des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung: „Mit der Ergänzung des Absatzes 7 soll eine — auch in der Psychiatrie-Enquete für notwendig erachtete — Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung erreicht werden, indem die kassenärztlichen Vereinigungen mit den näher bezeichneten Krankenhäusern, sofern diese dazu bereit sind, Versorgungsverträge über ambulante Behandlung zu schließen haben" (vgl. Drucksache 7/5265 S. 6).

Im übrigen darf auch auf die durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) vorgenommene Erweiterung der Möglichkeit der Beteiligung von nachgeordneten Krankenhausfachärzten an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung hingewiesen werden (vgl. insoweit § 368 a Abs. 8 RVO).

6.4 Entlohnung

20.4 Prüfung der Frage, inwieweit eine angemessene Entlohnung der psychisch Kranken oder Behinderten für wirtschaftlich verwertbare Arbeit — ohne Rücksicht auf Unterbringung — möglich ist, einschließlich der Vorbereitung eines Gesetzes zur Lösung sozialversicherungsrechtlicher Probleme.

Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 (BGBl. I S. 1061) hat entscheidende Verbesserungen der sozialen Sicherung für alle Behinderten, also auch für geistig und seelisch Behinderte, gebracht. Behinderte, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte arbeiten, sind in die Kranken- und Rentenversicherung einbezogen worden. Mit Hilfe finanzieller Mittel des Bundes und der Länder können diese Behinderten eine angemessene Zukunftssicherung aufbauen. Allen Schwerbehinderten mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 50 % ist die soziale Krankenversicherung auf freiwilliger Basis geöffnet worden. Der Schutz umfaßt alle Vorerkrankungen, also auch Behinderungen. Behinderte, die bereits erwerbsunfähig im Sinne der Rentenversicherung sind, bevor sie der Rentenversicherung angehören oder die die („kleine") Wartezeit erfüllt haben, können in Zukunft Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bekommen. Vorher konnten sie regelmäßig nur ein Altersruhegeld erreichen, weil ein bereits eingetretener Versicherungsfall nicht mehr versicherbar war. Besonderen sozialversicherungsrechtlichen Schutz bringt das Gesetz für die Behinderten, die in Anstalten und Heimen — vor allem psychiatrischen Einrichtungen — beschäftigt werden. Sie sind seit dem 1. Juli 1975 kranken- und rentenversicherungspflichtig.

Hinsichtlich der Frage der Entlohnung prüft die Bundesregierung zur Zeit, ob sogenannte Arbeitstherapieeinrichtungen als Werkstätten für Behinderte im Sinne von § 52 des Schwerbehindertengesetzes angesehen werden können. Sollte dies der Fall sein, so würden die Behinderten bzw. Patienten, die in Arbeitstherapieeinrichtungen arbeiten, ebenso wie Behinderte in Behindertenwerkstätten entlohnt. In diesem Zusammenhang ist allerdings darauf hinzuweisen, daß die Entlohnung in den Werkstätten bisher noch nicht einheitlich und befriedigend gelöst ist; die Situation im Einzelfall hängt in erster Linie von der Art der ausgeführten Arbeiten und der Auftragslage ab. Sollte es sich bei dem Verhältnis zwischen dem Träger der Arbeitstherapieeinrichtung und dem Behinderten bzw. Patienten nicht um eine Maßnahme der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation handeln, so liegt ein Arbeitsverhältnis zugrunde mit der Folge, daß Arbeitsentgelt entsprechend dem allgemeinen Arbeitsrecht zu zahlen ist.

6.5 Betreuungsverfahren

20.5 Überleitung der auf psychisch Kranke und Behinderte angewandten Bestimmungen des Freiheitsentziehungsrechts in ein Recht auf Schutz und Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte.

Die Kommission für das Recht der freiwilligen Gerichtsbarkeit hat in ihrem 1978 erschienenen Bericht, der durch die Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH in Bonn vertrieben wird, vorgeschlagen, im Rahmen einer Reform der freiwilligen Gerichtsbarkeit ein sogenanntes „Betreuungsverfahren" zu schaffen. Dieses Verfahren soll zur Anwendung kommen, wenn für eine pflegebedürftige Person eine Maßnahme getroffen werden muß. Es soll sichergestellt werden, daß die Betreuungsmaßnahme, die in die Rechtsstellung des Betroffenen eingreift, in einem rechtsstaatlichen Grundsätzen entsprechenden Verfahren angeordnet wird. Eine wesentliche Neuerung gegenüber dem geltenden Recht besteht darin, daß ein Gericht in einem einheitlichen Verfahren prüft, welche Maßnahme erforderlich ist. Es werden damit die bisher getrennt laufenden Verfahren der Entmündigung, der Unterbringung (bisher im Landesrecht höchst uneinheitlich geregelt), der Vormundschaft und Pflegschaft zu einem einheitlichen Verfahren zusammengefaßt, in dem das Vormundschaftsgericht die erforderliche Betreuungsmaßnahme trifft.

Die Kommission hat dazu einen Entwurf erarbeitet, der vom geltenden materiellen Recht ausgeht. Die Landesjustizverwaltungen und die interessierten Verbände sind um Stellungnahme gebeten worden.

6.6 Halbierungserlaß

20.6 Prüfung des sogenannten Halbierungserlasses vom 5. September 1942 und anderer Teilungsabkommen mit dem Ziel, eine Gleichstellung der Versorgung von psychisch mit somatisch Kranken zu erreichen.

Zwar ist der Halbierungserlaß seit geraumer Zeit in der Praxis durch Ersatzvereinbarungen bzw. Teilungsabkommen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern abgelöst worden, trotzdem gibt es keinen Zweifel darüber, daß die Tatsache der rechtlichen Fortgeltung des Halbierungserlasses unbefriedigend ist.

Die Bundesregierung wird sich bemühen, noch in dieser Legislaturperiode einen Gesetzentwurf zur Abschaffung des Halbierungserlasses vorzulegen.

Bevor dies erfolgt, muß gewährleistet sein, daß die Aufhebung des Halbierungserlasses nicht zu einer Rechtsunsicherheit führt, die zu Lasten der betroffenen Kranken und ihrer Angehörigen gehen würde. Dies könnte durch bundeseinheitliche Verfahrensrichtlinien der beteiligten Sozialleistungsträger sichergestellt werden, um die Betroffenen möglichst reibungslos dem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Sozialhilfe zuordnen zu können.

6.7 § 13 Bundeszentralregistergesetz

20.7 Prüfung der auf psychisch Kranke angewandten Bestimmungen des Bundeszentralregistergesetzes vom 18. März 1971 mit dem Ziel, die Rehabilitation der psychisch Kranken und Behinderten zu erleichtern.

Die Forderung nach ersatzloser Streichung des § 13 des Bundeszentralregistergesetzes ist inzwischen erfüllt.

Auf die Ausführungen zu Kapitel 4.13.16 wird hingewiesen.

6.8 § 23 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz

20.8 Schwerpunktmäßige Förderung des Neu- und Ausbaues psychiatrischer Krankenhäuser nach § 23 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Die psychiatrischen Krankenhäuser sind voll in die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einbezogen; nach den Vorschriften dieses Gesetzes sind an sie für Investitionskosten Fördermittel zu leisten.

Nach § 23 Abs. 2 KHG kann der Bund darüber hinaus einen Teil seiner Finanzhilfen an die Länder nach Schwerpunkten, z. B. zur Beseitigung einer regionalen Unterversorgung oder zur Durchführung von Modellmaßnahmen, zuweisen.

Der Bund hat im Rahmen des § 23 Abs. 2 KHG erhebliche Finanzmittel zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung zur Verfügung gestellt, nämlich in den Jahren 1975 bis 1978 insgesamt mehr als 127 Millionen DM.

Ein Großteil dieser Mittel (106,4 Millionen DM) wurden im Rahmen eines Schwerpunktprogramms zur Förderung psychiatrischer Einrichtungen den Ländern nach Einwohnerzahlen zugewiesen.

Weitere 21,42 Millionen DM wurden den Ländern für einzelne Modellvorhaben zugewiesen, wobei die

Finanzhilfe des Bundes jeweils 50 % der angemeldeten Kosten betrug.

Die Bundesmittel haben die Zweckbestimmung, vorrangig dem Ausbau psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, der Einrichtung von Versorgungsketten und dem Ausbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung zu dienen.

Übersicht über Finanzhilfen für Einzelprojekte im psychiatrischen Bereich nach § 23 Abs. 2 KHG (1977/1978)

Land/Projekt	Finanzhilfe des Bundes — in Millionen DM —
Bayern	
Sozialpädiatrische (Kinderpsychiatrische) Abteilung beim Kinderkrankenhaus Josefinum, Augsburg	0,90
Berlin	
Umbau der ehemaligen Abt. Kinderkrankenhaus des Krankenhauses Wilmersdorf zu einem psychiatrisch-pädagogischen Rehabilitationszentrum	1,60
Bremen	
Gerontopsychiatrische Abteilung am integrierten Krankenhaus Bremen-Ost ...	0,62
Hessen	
1. Einstellung eines Allgemeinkrankenhauses der Akutversorgung; dafür Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung an den Städtischen Kliniken Fulda	2,00
2. Errichtung einer psychiatrischen Abteilung am Stadtkrankenhaus Offenbach	2,25
3. Errichtung einer psychiatrischen Abteilung am Diakonissenkrankenhaus Darmstadt	1,00
Niedersachsen	
1. Umbau des christlichen Krankenhauses Quakenbrück zu einer neurologisch-psychiatrischen Fachabteilung .	0,90
2. Angliederung einer psychiatrischen Abteilung beim Städtischen Krankenhaus Emden — 1. Bauabschnitt —	2,00
3. Einrichtung einer kinderpsychiatrischen Abteilung im Kinderhospital Osnabrück	1,20
Nordrhein-Westfalen	
1. Ausbau der psychiatrischen Abteilung des St. Josef-Hospitals in Bad Driburg	4,00
2. Errichtung einer psychiatrischen Abteilung am Bertha-Krankenhaus GmbH Duisburg	0,75
3. Umwandlung des St. Vinzenz-Hospitals Rhede (Allgemeinkrankenhaus) in ein psychiatrisches Krankenhaus	1,95
4. Umbau des Marien-Hospitals Wanne-Eickel in ein Sonderkrankenhaus für Psychiatrie	2,25
insgesamt ...	21,42

6.9 Einrichtungen medizinischer und beruflicher Rehabilitation

20.9 Schwerpunktmäßige Förderung von Einrichtungen medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

Die Bundesregierung sieht in der Schaffung qualifizierter Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation einen wesentlichen Schwerpunkt für die besonders schwierige Wiedereingliederung dieses Personenkreises.

In Berlin und Hannover hat sie Zentren finanziell gefördert, die entweder der beruflichen Erstausbildung seelisch Behinderter dienen, die bisher nicht in Arbeit und Gesellschaft eingegliedert werden konnten, oder in denen durch medizinische Therapie, Arbeitstraining und eine Reihe flankierender Rehabilitationsmaßnahmen früher bereits berufstätige seelisch Behinderte wieder in die Arbeitswelt zurückgeführt werden sollen.

Dabei wird besonderer Wert auf einen engen Verbund mit akutklinischen Einrichtungen und Universitätsinstituten gelegt, um wegen des oft phasenhaften Krankheitsverlaufes eine nahtlos funktionierende Rückkoppelung zu erreichen.

Untersuchungen über geeignete Maßnahmen zur Integration anderer Behindertengruppen und Gesunder mit seelisch Kranken sollen den Erfolg der Wiedereingliederungsbemühungen in diesen Einrichtungen optimieren. Diese Initiativen der Bundesregierung werden fortgesetzt und erweitert.

6.10 Sozialhilfe

20.10 Leistungsverbesserungen in der Sozialhilfe im Bereich der Eingliederungshilfe für Behinderte und der Hilfe zur Pflege. Um die Bereitschaft zur Übernahme häuslicher Pflege zu fördern, soll geprüft werden, ob die Pflegebestimmungen verbessert werden können.

Im Bereich der Eingliederungshilfe für Behinderte wurden durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes vom 25. März 1974 (BGBl. I S. 777) zahlreiche Verbesserungen von Leistungen und Leistungsvoraussetzungen vorgenommen:

— Einführung einer Generalklausel, wonach alle Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, einen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben

— Ermöglichung der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft als ein Hauptziel der Eingliederungshilfe

— Erweiterung des Maßnahmenkatalogs um heilpädagogische und schulvorbereitende Maßnahmen, um Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung sowie um Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft

— Erleichterungen für Behinderte und ihre Angehörigen durch Änderung von Vorschriften über die Heranziehung zu Kostenbeiträgen oder zu Unterhaltszahlungen.

Die Eingliederungshilfeverordnung, die den anspruchsberechtigten Personenkreis der Behinderten sowie Art und Umfang der Eingliederungsmaßnahmen näher bestimmt, wurde durch Verordnung vom 15. Januar 1975 entsprechend den Gesetzesänderungen ergänzt und erweitert.

Durch diese Änderungen wesentlich bedingt stieg der Brutto-Sozialhilfeaufwand für die Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz von 819 Millionen DM im Jahre 1973 auf 1 584 Millionen DM im Jahre 1976.

Die Hilfe zur häuslichen Pflege ist durch die 3. BSHG-Novelle vom 25. März 1974 wesentlich verbessert worden. Das gilt besonders für das Pflegegeld für die Schwerbehinderten, das jetzt in Höhe und Weiterentwicklung mit der Pflegezulage für Blinde nach dem Bundesversorgungsgesetz übereinstimmt. Aber auch der Grundbetrag des Pflegegeldes wurde seitdem durch Rechtsverordnung mehrfach angehoben. Für die Pflegeperson sind ferner unter bestimmten Voraussetzungen die Aufwendungen für ihre Beiträge zu einer angemessenen Alterssicherung zu erstatten. Zu den Verbesserungen bei der Hilfe zur häuslichen Pflege zählen ferner erhöhte Einkommensfreigrenzen sowie ein erhöhter Schutz der Unterhaltspflichtigen davor, durch die Sozialhilfe in Anspruch genommen zu werden.

Die Leistungsverbesserungen der Hilfe zur Pflege waren die wesentliche Ursache dafür, daß allein schon bei der Hilfe zur häuslichen Pflege der Brutto-Sozialhilfeaufwand von 222 Millionen DM im Jahre 1973 auf 462 Millionen DM im Jahre 1976 anstieg. Obwohl die Träger der Sozialhilfe durch die Kostenentwicklung im Bereich der Hilfe zur Pflege in den letzten Jahren überproportional belastet worden sind, sollen die bisher erreichten Leistungsverbesserungen nicht angetastet werden.

Die finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigen, ihre ambulante und stationäre Versorgung sowie die Finanzierung der Pflegekosten sind Gegenstand der Beratung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

6.11 Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten

20.11 Schaffung eines Gesetzentwurfs über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten. Dieser Beruf hat auch für die Psychiatrie erhebliche Bedeutung.

Das Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246) ist am 1. Januar 1977 in Kraft getreten. Es regelt die Zulassung zu diesem Beruf bundeseinheitlich.

6.12 Weitere Berufe in der Krankenpflege

20.12 Prüfung der Frage, wie die Entwicklung weiterer geeigneter Berufe oder Berufszweige für den Bereich der Psychiatrie gefördert werden kann.

Zu denken ist u. a. an eine bundesgesetzliche Regelung über den Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten.

Der Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des (nichtärztlichen) Psychotherapeuten wird vorbereitet. Das Gesetz soll auf der Grundlage des Artikels 74 Nr. 19 des Grundgesetzes erlassen werden, der die Zulassung zu den ärztlichen und anderen Heilberufen betrifft. Der Beruf des Psychotherapeuten wird ein neuer Heilberuf werden, dessen Angehörigen die Möglichkeit gegeben werden soll, heilkundlich in der Psychotherapie tätig zu sein. Das Gesetz soll den Tätigkeitsbereich des Psychotherapeuten festlegen und die Ausbildung, die mit einer staatlichen Prüfung abschließen soll, regeln.

Nach § 6 Abs. 1 des von der Bundesregierung am 31. Mai 1978 beschlossenen Entwurfs eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und den Beruf der Hebamme und des Entbindungshelfers soll sich künftig auch die Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger und für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger auf die Kranken- und Kinderkrankenpflege in der Psychiatrie erstrecken. Nach § 6 Abs. 3 des gleichen Entwurfs soll sich auch die Ausbildung der Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen auf die Krankenpflegehilfe in der Psychiatrie erstrecken.

6.13 Entwicklung von Modellen

20.13 Entwicklung von Modellen geeigneter Versorgungsketten im psychiatrischen und psychohygienischen Bereich, um Ergebnisse für die Erfüllung von Aufgaben des Bundes (insbesondere Feststellung von notwendigen Maßnahmen, Gesetzgebung) in diesem Bereich zu gewinnen.

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit fördert seit 1976 Modelle zur Entwicklung und Erprobung neuer Arbeitsformen und Organisationsstrukturen der Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter — Modellverbund „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" — mit einem bisherigen Mittelaufwand von etwa 6 Millionen DM.

Diese Maßnahme wird verstärkt fortgesetzt.

Aufgabe, Durchführung und Kurzberichte der einzelnen Modelle sind in Kapitel 7 dieser Stellungnahme dargestellt.

6.14 Entwicklung der Dokumentation und Information

20.14 Entwicklung der Dokumentation und Information durch Ausbau des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln

1. Erweitertes Angebot von Informationen im Bereich Psychiatrie/Psychologie

Bei der Inbetriebnahme neuer Datenbestände wurde verstärkt der Bereich Psychiatrie/Psychologie berücksichtigt.

— Der Datenbestand Psychological Abstracts, ein Magnetbanddienst der American Psychological Association, steht inzwischen bei DIMDI zur Verfügung. Psychological Abstracts umfaßt den gesamten Bereich der Psychologie sowie psychologie-relevante Gebiete von u. a. Psychiatrie, Psychopharmakologie, Rehabilitation, Neuropsychologie, Soziologie und Erziehungswissenschaften.

— Die softwareseitigen Vorbereitungen für die Inbetriebnahme des Datenbestandes SOCIAL SCISEARCH sind abgeschlossen. Dieser Datenbestand stellt zahlreiche Informationen aus dem Bereich Psychiatrie/Psychologie zur Verfügung.

— Der Vertrag mit Excerpta Medical über die Nutzung dieses Datenbestandes ist abgeschlossen. Eine Testdatenbank ist bereits aufgebaut. Die Datenbank Excerpta Medica beinhaltet in hohem Maße Informationen aus dem Bereich der Psychiatrie und ihrer Randgebiete.

2. Nutzungmöglichkeiten des vorhandenen Informationsangebotes

Seit Abgabe des Zwischenberichts wurde das projekt „DIMDINET — Bedarfsgerechte und benutzernahe Informationsversorgung durch Errichtung und Betrieb eines Informationsnetzes, demonstriert am Bereich der Biomedizin" mit einer Laufzeit vom 1. Januar 1976 bis Ende 1979 begonnen. Über dieses Netz sind insgesamt 68 Stellen angeschlossen, darunter Forschungseinrichtungen wie das Bundesgesundheitsamt und das Paul-Ehrlich-Institut, 16 Universitätsbibliotheken zur Versorgung der medizinischen Fachbereiche, 13 pharmazeutische Firmen, 3 Industrie- bzw. Berufsverbände, sowie 10 ausländische Stellen. Mit weiteren Anschlüssen ist in Kürze zu rechnen.

Mit dieser Möglichkeit der Informationsversorgung in der Nähe des Arbeitsplatzes der Informationssuchenden konnte in den jeweiligen Orten der dort vorhandene Bedarf wesentlich besser abgedeckt werden. Über dieses Netz von Zugriffstellen können auch die unter 1. genannten Datenbanken genutzt werden.

3. Bedarf an EDV-Kapazitäten

Die Inbetriebnahme, z. B. der Informationsdienste SOCIAL SCISEARCH und Excerpta Medica und damit die Nutzung dieser Datenbanken, ist durch die Erweiterung der EDV-Kapazität, die gerade erfolgt, sichergestellt.

6.15 Veröffentlichung von Material

20.15 Veröffentlichung weiteren Basismaterials aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychohygiene in Ergänzung der Materialsammlung in Band 9 und 10 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit.

Die Materialsammlung ist durch die Bände 16 und 17 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit erweitert worden.

6.16 Bildung des Ständigen Arbeitskreises der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder

21. Die Bundesregierung wird im Benehmen mit der Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamter (AGLMB) einen Ständigen Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten der Länder, dem auch Vertreter des Bundes angehören, als Koordinierungsgremium anstreben.

Im Einvernehmen mit der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) ist der Ständige Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder gebildet worden. Vorsitzender ist seit seiner Konstituierung am 27. Juni 1974 der Ltd. Ministerialrat Dr. Sautter, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg.

Die Bundesregierung dankt dem Arbeitskreis und seinem Vorsitzenden für die bisherige Arbeit, die auch in dieser Stellungnahme ihren deutlichen Niederschlag gefunden hat.

7 Entwicklung und Erprobung neuer Arbeitsformen und Organisationsstrukturen zur Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter — Projekte des Modellverbundes „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung"

7.1 Aufgabe der Modellaktion

Die Sachverständigen-Kommission hat eine Vielzahl von Empfehlungen über die Notwendigkeit der Erprobung von Modellen zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter formuliert. Anläßlich der Übergabe der Enquete am 25. November 1975 an den Deutschen Bundestag erklärte der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit die Absicht, die im Oktober 1973 angekündigten modellhaften Maßnahmen (s. Anhang S. 71) schnell zu verwirklichen.

Der Modellverbund wurde nach Beratungen unter Einbeziehung von Mitgliedern der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission so konzipiert, daß durch Entwicklung und Erprobung neuer Arbeitsformen und Organisationsstrukturen Wege gesucht und aufgezeigt werden können, die geeignet sind, neue Versorgungskonzepte zu verwirklichen, falsche Entwicklungen zu stoppen sowie Konsequenzen für die Gesetzgebung aufzuzeigen (s. Anhang S. 328).

Die Bundesregierung erwartet insbesondere Hinweise darauf:

— wie die von den Sachverständigen festgestellten Versorgungslücken bedarfsgerecht geschlossen werden können

— wie die notwendige Verlagerung von der stationären Versorgung in den komplementären und ambulanten Bereich erfolgen sollte

— wie die vorgeschlagenen Kooperations-, Koordinations- und Organisationsformen für die verschiedenen Ebenen zu schaffen sind

— auf welche Weise Selbsthilfe gefördert werden kann

— wie offene Kosten- und Finanzierungsregelungen, z. B. im komplementären umd ambulanten Bereich, herbeigeführt werden können.

Ankündigung und Realisierung des Modellverbundes sind in den Stellungnahmen der *Verbände* zu dem Endbericht der Sachverständigen und zu der Planungsstudie als vordringliche Aufgabe begrüßt worden, weil nur aus konkreten Versorgungssituationen sich eine empirische Überprüfung vornehmen lasse. Bei der Erprobung neuer Versorgungsformen müsse aber die Neutralität der Modelle gesichert, der Ausbau bestehender Versorgungssysteme als Alternative einbezogen und die vordringliche Beseitigung von Mißständen in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern beachtet werden.

Ab Sommer 1976 wurde den Teilnehmern des Modellverbundes im Einvernehmen mit den jeweiligen obersten Gesundheitsbehörden der Länder Gelegenheit gegeben, alternative Konzepte bei unterschiedlichen Trägerschaften von Einrichtungen und Diensten zu entwickeln und zu erproben. Über die Ergebnisse wird die Bundesregierung zu gegebener Zeit berichten.

Die Bundesregierung hat dafür Bundesmittel bereitgestellt: In den Jahren 1976 bis 1978 etwa 6 Millionen DM, für die folgenden Jahre ist eine Steigerung beabsichtigt.

7.2 Übersicht über die Einzelprojekte

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit geförderten Einzelprojekte im Rahmen des Modellverbundes „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung":

Tabelle

Überblick über die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit geförderten Einzelprojekte im Rahmen des Modellverbundes „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“

Stand: Dezember 1978

Nr.	Modell	Ort	Aufgabenstellung
1	Psychosoziale Beratungsgruppe (s. Anhang S. 328)	2930 Varel 1	Prüfung der Frage, wie sich eine mobile Beratungsgruppe mit einem gemeinde-psychologischen Arbeitskonzept in einem ländlich strukturierten Gebiet etablieren läßt und wie das kirchlich-diakonische Potential in den Kirchengemeinden für die Arbeit mit Menschen in seelischen Schwierigkeiten nutzbar gemacht werden kann.
2	Psychosoziale Kontaktstelle (s. Anhang S. 329)	2102 Hamburg-Wilhelmsburg	Erprobung und Weiterentwicklung des Konzeptes einer psychosozialen Kontaktstelle (PSK) in einem unterversorgten großstädtischen Randgebiet mit hohem Arbeiter-, Ausländer- und Altenanteil. Spezielle Fragestellungen sind: Wie sich präventive und nachsorgende Aufgaben verbinden lassen durch ein Angebot, das unter dem Schwerpunkt Krisenintervention Beratung und Behandlung umfaßt; wie sich Hilfsangebote möglichst frühzeitig und aktiv an unterschiedliche Risikogruppen herantragen lassen; wie das Selbsthilfepotential sowohl im Stadtteil als auch des Einzelnen aktiviert werden kann; wie in enger Kooperation mit bestehenden psychosozialen Einrichtungen das Angebot einer PSK optimal an bereits bestehende regionale Versorgungsstrukturen angepaßt werden kann und gleichzeitig die PSK zu deren Integration und Optimierung beiträgt.
3	Ambulante Psychiatrie in einer Großstadt (s. Anhang S. 331)	6000 Frankfurt am Main	Überprüfung, Kommentierung und kritische Auswertung der speziellen Erfahrungen des Gesundheitsamtes (Gesundheitsfachverwaltung) bzw. des Sozialamtes für eine Großstadt auf dem Gebiet der ambulanten Psychiatrie: Erstellung von Planungsunterlagen als Grundlagenmaterial für die Verbesserung des Angebotes von Leistungen und Diensten gegenüber psychisch Kranken im außerklinischen Bereich; Entwicklung und Erprobung einer integrierten, stadtteilbezogen arbeitenden sozialpsychiatrischen und psychohygienischen Beratungsstelle.
4	Aufgabenbereiche des Sozialpsychiatrischen Dienstes (s. Anhang S. 332)	3110 Uelzen	Ein Sozialpsychiatrischer Dienst soll — als interdisziplinär zusammengesetzte ambulante mobile Einrichtung einer psychiatrischen Klinik in freigemeinnütziger Trägerschaft — in einer ländlichen Region zu Fragen Stellung nehmen, wie und mit welchem Anteil die psychiatrische Versorgung, besonders von einem gemeinnützigen Träger, in einem Standardversorgungsgebiet zu leisten und zu entwickeln ist; wie in diesem Gebiet Koordination und Kooperation verbundener und neu zu schaffender Dienste angeregt bzw. gefördert werden kann und wie teilstationäre Einrichtungen in einem Gebiet dieser Struktur und Bevölkerungsdichte sinnvoll sind und sich Forderungen nach einem Behandlungsnetz erfüllen lassen.
5	Verbund einer psychiatrischen Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus mit ambulanten Diensten (s. Anhang S. 334)	3490 Bad Driburg	Psychiatrische Gesamtversorgung einer umschriebenen, dünnbesiedelten ländlichen Region durch ein dezentralisiertes Versorgungssystem und ihre Leistungs- und Bedarfserfassung; Aufbau und Supervision von Laiengruppen und Initiierung von Selbsthilfe.
6	Dezentrales Angebot teilstationärer und ambulanter Dienste in einer Großstadt (s. Anhang S. 335)	3000 Hannover	Prüfung der Frage, ob durch die Integration einer durch das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Hannover und der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover gemeinsam getragenen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche einerseits und Erwachsene ande-

noch Tabelle

noch Überblick über die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit geförderten Einzelprojekte im Rahmen des Modellverbundes „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung"

Nr.	Modell	Ort	Aufgabenstellung
noch 6			rerseits ein spezifisches Angebot für Familien „unter einem Dach" verwirklicht werden kann; Dokumentation und Evaluation der Arbeit der — für die verschiedenen Stadtteile vorgehaltenen — sozialpsychiatrischen Beratungsstellen des Gesundheitsamtes; Prüfung der Frage des Einflusses eines differenzierten Angebotes teilstationärer und ambulanter Dienste auf die Versorgungslage im stationären Bereich — in Kombination mit einer vergleichenden Untersuchung zum Problem der Verlegung psychiatrischer Patienten aus zwei gemeindenahen psychiatrischen Institutionen in psychiatrische Großkrankenhäuser bzw. in Wohnheime.
7	Mobiler psychiatrischer Sozialdienst (s. Anhang S. 338)	5000 Köln 91	Prüfung der Effizienz eines mobilen psychiatrischen Sozialdienstes als Teil vorstationärer und ambulanter Dienste einer Landesklinik in einem definierten Großstadtbezirk. Es sollen Eckdaten für die administrative, personelle und sachliche Ausrüstung eines mobilen Teams ermittelt werden, die Aussagen über dessen Funktionsbreite hinsichtlich Nachbetreuung, Krisenintervention, Konsiliartätigkeit und die kostenmäßigen Auswirkungen dieser Versorgungsart zulassen.
8	Aufbau eines ortsnahen Versorgungsnetzes durch ein kleines Landeskrankenhaus (s. Anhang S. 340)	4050 Mönchengladbach 2	Prüfung der Frage, ob ein kleines Landeskrankenhaus in einer Stadt mittlerer Größe einen psychiatrischen Dienst entwickeln kann, der für den Einzelfall in differenzierter Weise die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen definiert und ergreift. Darüber hinaus soll geprüft werden, welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Diensten bei unterschiedlicher Trägerschaft bestehen, welche Faktoren die stationäre Verweildauer beeinflussen, insbesondere im Hinblick auf eine frühzeitige Entlassung und ambulante Weiterbetreuung, und wie die Zugangsschwelle und die Zahl der Zwangseinweisungen im Vergleich zu anderen Fachkrankenhäusern einzuschätzen ist.
9	Übergangsheim (s. Anhang S. 342)	6800 Mannheim	Erprobung, welche Bedeutung ein Übergangsheim als Glied des Versorgungsnetzes in der gemeindepsychiatrischen Versorgung einer Großstadt hat; insbesondere, ob die Existenz eines Übergangsheimes auf die Dauer der stationären Behandlung Einfluß hat, ob die Unterbringung in einem solchen Heim stationäre Klinikbehandlungen reduziert und ob ein Übergangsheim die Wiedereingliederung in die Gesellschaft erleichtert. Darüber hinaus soll dieses Modellprojekt das Funktionsspektrum eines Übergangsheimes ausleuchten, eine geeignete Klientel für eine solche Einrichtung abgrenzen, die Einordnung in ein bestehendes Versorgungsnetz untersuchen und den möglichen Einfluß auf die Kostenentwicklung im Versorgungssystem prüfen.
10	Kooperationsmodell Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (s. Anhang S. 343)	6300 Lahn-Gießen	Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Lahn-Dill soll als Kooperations- und Koordinationsmodell für die psychosoziale Versorgung einer Region exemplarisch weiterentwickelt werden. Dabei ist zu untersuchen, wie die von der Sachverständigen-Kommission definierten Aufgaben einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft erfüllt werden können und unter welchen Bedingungen dieses Kooperationsmodell auf andere Standardversorgungsgebiete zu übertragen ist.

7.3 Zu den einzelnen Modellprojekten

Für die Entwicklung, Erprobung und Auswertung qualifizierter Beratungsangebote und Kooperationsmodelle wurde die Anregung eines Sondervotums zum Enquete-Schlußbericht aufgegriffen, Kirchen und anderen freien Trägern von Versorgungseinrichtungen zu empfehlen, „nicht nur im stationären und komplementären Bereich vermehrt tätig zu werden, sondern ihre Hilfsangebote stärker als bisher auf den ambulanten Sektor auszudehnen und in diesem Rahmen die Laienhilfe stärker zu aktivieren".

Mit dem Modell *Psychosoziale Arbeitsgruppe Varel/Oldenburg* des Diakonischen Werkes der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Oldenburg e. V. wird den Fragen nachgegangen, wie das Potential in den Kirchengemeinden für die Arbeit mit Menschen in seelischen Schwierigkeiten nutzbar gemacht werden kann und wie sich eine mobile Beratungsgruppe, die ein gemeindepsychologisches Arbeitskonzept verfolgt, in einem ländlich strukturierten Gebiet etablieren läßt.

In einem unterversorgten großstädtischen Randgebiet mit hohem Arbeiter-, Ausländer- und Altenanteil soll das Konzept der *Psychosozialen Kontaktstelle* in Anlehnung an die Empfehlung der Sachverständigen-Kommission von der Beratungsstelle LOTSE in *Hamburg-Wilhelmsburg* des Hamburgischen Landesverbandes der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie erprobt und weiterentwickelt werden.

Die speziellen Erfahrungen auf dem Gebiet der ambulanten Psychiatrie sollen durch die Beteiligung der Stadt *Frankfurt am Main* — Sozialamt — überprüft, kommentiert und ausgewertet werden. Insbesondere wird der Frage nachgegangen, was das Gesundheitsamt als Gesundheitsfachverwaltung bzw. auf Grund der Zuständigkeitsregelung das Sozialamt bei der Entwicklung und dem koordinierten Einsatz außerklinischer Dienste der *Sozialpsychiatrie in einer Großstadt* leisten können.

Als besondere Organisationsformen einer aktiv nachgehenden und betreuenden ambulanten Tätigkeit mit der Möglichkeit von Krisenintervention sind in der Enquete das „mobile Team" und der „Sozialpsychiatrische Dienst" vorgestellt. In einem Sondervotum zum Schlußbericht wurde vorgeschlagen, auf Grund „der in anderen Ländern mit derartigen Einrichtungen gemachten Erfahrungen sollte aber die Effizienz mobiler Teams — vor allem hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Effektes — zunächst an Modellen erprobt werden". Die Verzahnung stationärer Dienste mit ambulanten Diensten wird darum am Beispiel des *Sozialpsychiatrischen Dienstes* (Beratungsstelle) in *Uelzen* der Klinik Häcklingen — Träger: Verein zur Förderung der Wiedereingliederung psychisch Kranker e. V. „Die Brücke" — erprobt.

Für die zukünftige Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung ist von der Sachverständigen-Kommission die Vorstellung entwickelt worden, geeigneten psychiatrischen stationären Krankenhauseinrichtungen müsse ein Pflichtaufnahmegebiet — Standardversorgungsgebiet i. S. der Enquete-Empfehlung — zugewiesen werden. Da Erfahrungen mit einer Sektorisierung in der Bundesrepublik Deutschland kaum vorliegen, war die Einbindung von entsprechenden Einrichtungen in den Modellverbund angezeigt. Es sind dies

- die Abteilung für klinische Psychiatrie des St. Josef Hospitals *Bad Driburg* (Allgemeinkrankenhaus der kath. Kirchengemeinde), in Zusammenarbeit mit dem sozialpsychiatrischen Dienst des Beratungszentrums in Brakel des Kreis-Caritas-Verbandes Höxter
- die Psychiatrische Klinik der Medizinischen Hochschule in *Hannover*
- das Psychiatrische Behandlungszentrum in *Köln,* Rheinische Landesklinik Köln
- das Psychiatrische Behandlungszentrum in Mönchengladbach, Rheinische Landesklinik *Mönchengladbach.*

Wichtige Markierungen der praktischen Erprobung von alternativen Modellansätzen sind:

- Leistungsorientierung und -überprüfung aller Einrichtungen einer Versorgungskette; Aufbau und Supervision von Laiengruppen und Initiierung von Selbsthilfe (Bad Driburg/Brakel)
- Erprobung einer integrierten psychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in gemeinsamer Trägerschaft von Gesundheitsamt und Psychiatrischer Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover
- gemeindenahe Versorgung durch Verwirklichung eines Konzeptes der vorstationären Maßnahmen und Dienste wie Ambulanz, mobile Teams, Kontakt- und Beratungsstellen (Köln)
- Prüfung, welche Einflußgrößen z. B. die Verweildauer von Patienten und ihre rehabilitative Betreuung oder spezifische Maßnahmen für die Reduzierung unnötiger Überweisungen zur stationären Behandlung bestimmen (Mönchengladbach).

Wesentlicher Schwerpunkt für die Reform ist der komplementäre Bereich. Dem *Übergangsheim* für psychisch Kranke haben die Sachverständigen Leistungsangebote zugeordnet.

Die Kostenfrage für die Einrichtung und Benutzung derartiger Heime ist aber von der Sachverständigen-Kommission nicht beantwortet worden. Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Empfehlung, die zur Entlastung der psychiatrischen Krankenhäuser beitragen soll, zeichneten sich früh ab. Konkretisierung und Fortschreibung des Leistungsangebots von Übergangsheimen und den Versuch, bestehende Hindernisse und Schwierigkeiten aufzuarbeiten, haben der Träger des Übergangsheimes Elisabeth-Lutz-Haus *Mannheim,* die Evangelische Kirchengemeinde Mannheim, und das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit übernommen. Von dem Projekt wird ein Beitrag für die dringend notwendige Klärung der versicherungsrechtlichen Probleme erwartet.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften sollen nach den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission sich „zur Bewältigung der vielfachen Aufgaben der Integration, Kooperation und Koordi-

nation sowie im Bereich der Planung in Form einer Selbstorganisation" bilden. Durch die Bereitschaft der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Lahn-Dill, mit Geschäftsstelle in *Gießen*, zur Beteiligung an dem Modellverbund wird mehr Erfahrung über die Arbeitsgemeinschaften und das, was sie bewirken, vermittelt werden können.

7.4 Beitrag der Modellaktion zur Reform

Die erforderliche Evaluierung der Modellarbeiten bedeutet für die in der psychosozialen Versorgung tätigen Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Schwestern, Pfleger, Diakone neben der täglichen Arbeit zusätzlich Zeit und Mühe. Die Bundesregierung dankt allen, die sich für den Erfolg der Modellaktion „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung" einsetzen. Mit ihrem Beitrag erreichen sie, daß die notwendige Reform auf der Grundlage der Enquete-Empfehlungen machbar wird und daß schrittweise Verbesserungen gelingen.

Die Diskussion innerhalb des Modellverbundes hat trotz unterschiedlicher Fragestellungen bereits zu gemeinsamen Konzeptionen und Handlungsstrategien geführt. Die Mitarbeiter in den einzelnen Projekten haben über ihren konkreten Auftrag hinaus sich vorgenommen, die Entwicklung inhaltlicher Rahmenbedingungen psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Versorgung zu fördern.

Die vielen von der Sachverständigen-Kommission aufgezeigten Probleme können nicht isoliert, sondern nur mit neuen Arbeitsformen und im Rahmen der notwendigen Umstrukturierung des Versorgungssystems gelöst werden. Der Modellverbund bietet Hilfen an zu entscheiden, was konkret zu tun ist.

8 Schlußbemerkung

In der Öffentlichkeit wird die nur geringe Zuständigkeit des Bundes, die überwiegende Zuständigkeit und Finanzierungskompetenz der Länder, trotz aller Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit nur unzureichend verstanden; deshalb wird der Bund immer wieder unverhältnismäßig im Obligo gesehen.

Die Bundesregierung berücksichtigt in ihrer Stellungnahme diese Zuständigkeiten der Länder und die Verantwortung von Kommunen und freien Trägern sowie die angespannte Finanzlage der Kostenträger. Die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ist daher nur abgestuft zu realisieren. Die Stellungnahme wirkt insofern ernüchternd im Vergleich zu den idealtypischen Vorstellungen der Sachverständigen-Kommission.

Die Bundesregierung stellt sich aber hinter die Gesamtkonzeption, die durch vier Prinzipien der Sachverständigen charakterisiert ist:

1. Gemeindenahe Versorgung
2. Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken
3. Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung
4. Koordination aller Versorgungsdienste.

Die Bundesregierung begrüßt die inzwischen seitens der Länder erfolgte Behebung grober inhumaner Zustände in der stationären Versorgung. Weitere Verbesserungen, insbesondere der Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, sind nur im Zusammenhang mit der gesamten Krankenhausbedarfsplanung der Länder mittelfristig möglich.

Der Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten und umfassenden Versorgungsnetzes mit teilstationären, komplementären und rehabilitativen Diensten durch die Länder ist vordringlich, im besonderen auch zur Herabsetzung der Zahl von Krankenhausaufnahmen, zur Vermeidung von Wiederaufnahmen und zur Verkürzung der Verweildauer.

Die Bundesregierung hält es für notwendig, den Auf- und Ausbau der für die Versorgung psychisch Kranker erforderlichen Dienste auch unter Nutzung bereits bestehender, von der somatischen Medizin genutzter Einrichtungen, zu verwirklichen. In von der Bundesregierung veranlaßten Modellversuchen wird bereits die Entwicklung spezieller Organisationsstrukturen geprüft.

Die Bundesregierung sieht in der qualitativen und quantitativen Verbesserung der ärztlichen und nichtärztlichen Personalsituation eine wesentliche Voraussetzung für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung.

Die Bundesregierung ist bereit, im Rahmen ihrer Zuständigkeit zusätzliche Finanzmittel in angemessener Höhe für neue Modelle in der Psychiatrie bereitzustellen; durch Kostenbeteiligung soll es bei einer mehrjährigen Laufzeit den Bundesländern erleichtert werden, insbesondere die noch fehlenden Einrichtungen im komplementären, rehabilitativen Bereich zu entwickeln, einzurichten und zu unterhalten sowie zu einer humaneren Krankenhausversorgung beizutragen.

Die Bundesregierung fördert außerdem die Forschung bezogen auf „Psychische Krankheiten" im Aktionsprogramm der Bundesregierung „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit".

Die Bundesregierung möchte bei Abgabe ihrer Stellungnahme zur Psychiatrie-Enquete dem Vorsitzenden, den Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission und den beigezogenen Experten erneut ihre Anerkennung für die Erarbeitung eines bis in die Einzelheiten ausgeformten Konzepts für die Reform der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung aussprechen, das grundsätzlich tragfähig und durchsetzbar ist.

Anhang zur Stellungnahme der Bundesregierung

Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Drucksache 7/1124, S. 5 und 6)

Auszug: Vorhaben auf Bundes- und Länderebene (1973)

II. Vorhaben

a) auf Bundesebene

20. Von der Bundesregierung vorgesehene mittelfristige Maßnahmen

20.1

Aufklärung der Allgemeinheit zur Überwindung der Vorurteile der Gesellschaft, gesundheitliche Information des betroffenen Personenkreises, Schaffung eines besseren Verständnisses und einer größeren Hilfsbereitschaft aller gegenüber psychisch Kranken und Behinderten.

20.2

Es ist zu prüfen, wie die ambulante Behandlungs- und Beratungskapazität den Vorstellungen der Sachverständigenkommission entsprechend bedarfsgerecht erweitert werden kann.

20.3

Prüfung der Frage, ob und in welcher Weise die ambulante psychiatrische Versorgung und ihre Sicherstellung im Rahmen der RVO, insbesondere auch unter Einbeziehung psychiatrischer Krankenhäuser auszubauen ist.

20.4

Prüfung der Frage, inwieweit eine angemessene Entlohnung der psychisch Kranken oder Behinderten für wirtschaftlich verwertbare Arbeit — ohne Rücksicht auf Unterbringung — möglich ist, einschließlich der Vorbereitung eines Gesetzes zur Lösung sozialversicherungsrechtlicher Probleme.

20.5

Überleitung der auf psychisch Kranke und Behinderte angewandten Bestimmungen des Freiheitsentziehungsrechts in ein Recht auf Schutz und Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte.

20.6

Prüfung des sogenannten Halbierungserlasses vom 5. September 1942 und anderer Teilungsabkommen mit dem Ziel, eine Gleichstellung der Versorgung von psychisch mit somatisch Kranken zu erreichen.

20.7

Prüfung der auf psychisch Kranke angewandten Bestimmungen des Bundeszentralregistergesetzes vom 18. März 1971 mit dem Ziel, die Rehabilitation der psychisch Kranken und Behinderten zu erleichtern.

20.8

Schwerpunktmäßige Förderung des Neu- und Ausbaues psychiatrischer Krankenhäuser nach § 23 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz.

20.9

Schwerpunktmäßige Förderung von Einrichtungen medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

20.10

Leistungsverbesserungen in der Sozialhilfe im Bereich der Eingliederungshilfe für Behinderte und der Hilfe zur Pflege. Um die Bereitschaft zur Übernahme häuslicher Pflege zu fördern, soll geprüft werden, ob die Pflegegeldbestimmungen verbessert werden können.

20.11

Schaffung eines Gesetzentwurfes über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten. Dieser Beruf hat auch für die Psychiatrie erhebliche Bedeutung.

20.12

Prüfung der Frage, wie die Entwicklung weiterer geeigneter Berufe oder Berufszweige für den Bereich der Psychiatrie gefördert werden kann.

Zu denken ist u. a. an eine bundesgesetzliche Regelung über den Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten.

20.13

Entwicklung von Modellen geeigneter Versorgungsketten im psychiatrischen und psychohygienischen Bereich, um Ergebnisse für die Erfüllung von Aufgaben des Bundes (insbesondere Feststellung von notwendigen Maßnahmen, Gesetzgebung) in diesem Bereich zu gewinnen.

20.14

Entwicklung der Dokumentation und Information durch Ausbau des Deutschen Institutes für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

20.15

Veröffentlichung weiteren Basismaterials aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychohygiene in Ergänzung der Materialsammlung in Band 9 und 10

der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit.

21. Die Bundesregierung wird im Benehmen mit der Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamte (AGLMB) einen Ständigen Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten der Länder, dem auch Vertreter des Bundes angehören, als Koordinierungsgremium anstreben.

b) auf Länderebene

22. Vordringlich erscheinen der Bundesregierung aus den Empfehlungen des Zwischenberichts unter Berücksichtigung der bisherigen Leistungen und Initiativen der Länder folgende Punkte:

22.1

Aufstellung eines umfassenden, ausgewogenen und abgestimmten langfristigen Gesamtprogramms — soweit nicht bereits geschehen — mit der Konzeption von in Versorgungsketten zusammengefaßten bedarfsgerechten, leistungsfähigen, einander ergänzenden und leicht zu erreichenden psychiatrischen und sozialen Einrichtungen. Ferner sind die Schwerpunkte und Prioritäten festzulegen sowie die Finanzierung zu regeln.

22.2

Aufstellung von auf Punkt 22.1 abgestimmte Sofortprogramme.

22.3

Gleichstellung der psychisch Kranken und Behinderten mit körperlich Kranken in allen Bereichen der medizinischen und sozialen Versorgung (z. B. Taschengeldsätze von Sozialhilfeempfängern in Heimen und Anstalten ohne Rücksicht auf den Grund der Unterbringung und der Art der Einrichtung).

22.4

Prüfung von Maßnahmen zur Verbesserung der qualitativen und quantitativen Personalsituation in der Psychiatrie durch

22.4.1

Schaffung von Möglichkeiten der Weiterbildung

a) in der Krankenpflege zum Fachkrankenpfleger bzw. zur Fachkrankenschwester in der psychiatrischen Pflege

b) zum Sozialarbeiter als „Fachkraft in der Psychiatrie".

22.4.2

Erarbeitung von Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des in der Psychiatrie tätigen Personals.

22.4.3

Ausbau der Möglichkeiten und der Einrichtungen für Weiter- und Fortbildung von Ärzten.

22.4.4

Ausbau der Möglichkeiten und der Einrichtungen für Weiter- und Fortbildung für Angehörige nichtärztlicher Heilberufe und sozialer Berufe auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychohygiene.

II. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Drucksache 7/4200) — Psychiatrie-Enquete, 1975

1. Auszug aus der Psychiatrie-Enquete: Zusammenfassung (S. 6 bis 36)
2. Auszug aus dem Zuleitungsschreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit (S. II)

1. Auszug aus der Psychiatrie-Enquete: Zusammenfassung

Gliederung

A. Die gegenwärtige Versorgung psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland — Daten und Fakten —

1 Kritische Würdigung der Situation

Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland ist dringend verbesserungsbedürftig. Die Situation ist gekennzeichnet durch:

— beträchtliche Lücken in der Versorgung auf allen Gebieten, vorwiegend aber in folgenden Bereichen:

a) komplementäre Dienste (z. B. Übergangseinrichtungen sowie Heime und beschützende Wohnangebote vor allem für chronisch Kranke und Behinderte, Tagesstätten) (s. B. 3.4),

b) ambulante Dienste (z. B. niedergelassene Nervenärzte, besonders in ländlichen und kleinstädtischen Gebieten, ambulante Dienste an Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen, Beratungsdienste) (s. B. 3.3.2; B. 2; B. 4.2),

c) gemeindenahe stationäre Dienste (z. B. Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) (s. B. 3.3; B. 4.2);

— weitgehende Ausklammerung der Versorgung psychisch Kranker aus der allgemeinen Medizin und damit deren Benachteiligung gegenüber körperlich Kranken (s. B. 3.3.1);

— Mangel an qualifiziertem Personal in allen Diensten und Berufsgruppen, vor allem als Folge unzureichender Aus-, Weiter- und Fortbildung (s. A. 4, G.).

Besonders unzureichend ist die Versorgungslage für folgende Patientengruppen:

— psychisch auffällige, gestörte und behinderte Kinder und Jugendliche (s. B. 3.7.1),

— Suchtkranke (s. B. 3.9.1),

— chronisch psychisch Kranke, psychisch kranke alte Menschen und erwachsene geistig Behinderte (s. B. 3.7.2; B. 3.8).

Bereits vielfach dokumentiert ist die mißliche Lage der aus dem vorigen Jahrhundert und der Zeit um die Jahrhundertwende stammenden psychiatrischen Fachkrankenhäuser, die mit ihren 98 757 Betten die Hauptlast der stationären Versorgung tragen und insgesamt zu etwa 60 % mit Langzeitpatienten (chronisch Kranken, seelisch und geistig Behinderten) belegt sind. Ihre Bettenzahl ist zu groß, ihre Bausubstanz veraltet, ihre geografische Lage teilweise ungünstig (s. A. 4).

Von den Mißständen in diesem Versorgungssektor ging der Anstoß aus, die Bundesregierung mit der Erstellung einer Enquête zu beauftragen. Obgleich die Träger der psychiatrischen Fachkrankenhäuser in der Zwischenzeit durch Sofortprogramme erhebliche Summen für die Sanierung und Modernisierung aufgebracht haben, muß die Sachverständigen-Kommission weiter mit Nachdruck fordern, daß vor aller Reform die humanen Grundbedürfnisse der in diesen Krankenhäusern lebenden Patienten befriedigt werden müssen.

2 Häufigkeit psychischer Krankheiten und Behinderungen

Vorbemerkung (s. A.2)

Genaue Angaben über die Anzahl psychisch Kranker und Behinderter lassen sich infolge des Man-

gels an ausreichenden epidemiologischen Untersuchungen in diesem Land noch nicht machen. Auf Grund einschlägiger Studien in Dänemark, Schweden, England und der Bundesrepublik Deutschland sowie auf Grund der im Rahmen der Enquête durchgeführten Erhebungen läßt sich jedoch wenigstens die Größenordnung dieses Problems umreißen.

2.1 Umfang des betroffenen Personenkreises

Psychische Krankheiten und Behinderungen sind nicht — wie vielfach noch angenommen — ein quantitativ unbedeutendes Problem. Betroffen ist vielmehr ein sehr erheblicher Teil der Bevölkerung: Etwa jeder dritte Bundesbürger hat bereits einmal in seinem Leben irgendeine psychische Krankheit durchgemacht oder leidet noch daran. In der Bundesrepublik Deutschland sind oder waren demnach rd. 20 Millionen Menschen andauernd, wiederholt oder wenigstens einmal während ihres Lebens in irgendeiner Form unmittelbar betroffen (s. A. 2).

2.2 Konsultationen und Behandlungen

Etwa 70 % der Bevölkerung suchen innerhalb eines Jahres den praktischen Arzt bzw. den Arzt für Allgemeinmedizin auf. Von diesen weisen etwa 10 bis 20 % psychische Krisen, Krankheiten oder vorwiegend psychisch bedingte körperliche Beschwerden auf. Dies sind 4 Millionen bis 8 Millionen.

Als dringend psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftig erweisen sich innerhalb eines Jahres dabei 1,8 bis 2 % der Bevölkerung, also rd. eine Million Personen.

Den niedergelassenen Nervenarzt oder Psychotherapeuten konsultieren wegen psychischer Krankheiten innerhalb eines Jahres ein Prozent der Einwohner — also rund 600 000 Personen (s. A. 2). Von psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen aufgenommen werden innerhalb eines Jahres 0,25 % bis 0,40 % der Bevölkerung, also rd. 200 000 Personen.

2.3 Zahl der erstmals in Beratung, Untersuchung oder Behandlung kommenden Personen während eines Jahres in der Bundesrepublik Deutschland (s. A.2)

Bei etwa der Hälfte der jährlichen Behandlungsfälle handelt es sich um Ersterkrankungen. 1 bis 1,2 % der Bevölkerung nehmen innerhalb eines Jahres erstmals wegen psychischer Krankheiten oder Behinderungen Kontakt mit Behandlungs- und Beratungsdiensten jedweder Art auf (ca. 600 000 Personen).

Rechnet man die Ergebnisse einer für das Jahr 1965 in Mannheim durchgeführten Studie auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland hoch — was nur unter Einschränkungen zulässig ist — so ergeben sich für die wichtigsten Diagnosen etwa folgende Größenordnungen:

Diagnose	Anteil der Hauptdiagnose in %	Zahl der Ersterkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland innerhalb eines Jahres
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	30,2	ca. 205 000
Schizophrenien, manisch-depressive Erkrankungen und andere Psychosen	17,6	ca. 120 000
Abbauprozesse im Alter	13,8	ca. 95 000
Geistige Behinderungen	13,2	ca. 90 000
Alkoholismus und andere Suchten *)	6,3	ca. 43 000
Cerebrale Anfallsleiden	3,9	ca. 27 000

*) Der Anteil des Alkoholismus und anderer Suchten ist seit 1965 gestiegen, während bei den übrigen Krankheitsgruppen keine erheblichen Veränderungen zu vermuten sind.

2.4 Hospitalisierung und Diagnosen (s. A.2; A.4)

In den 130 psychiatrischen Fachkrankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland mit ihren insgesamt 98 757 Betten befanden sich am Stichtag (30. Mai 1973) 94 197 Patienten. Der Krankenbestand gliedert sich in folgende Diagnosen:

Diagnose	Prozentualer Anteil am Krankenbestand der 130 psychiatrischen Fachkrankenhäuser in %
Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen	13,0
Schizophrener Formenkreis	36,7
Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen	8,2
Neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen	4,0
Suchten	9,6
Anfallsleiden	6,0
Schwachsinnsformen (geistige Behinderungen)	18,5
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurologisch, internistisch) sowie übrige Kranke	4,0

Verteilung der Aufnahmen nach Diagnosen in den Rheinischen Landeskrankenhäusern *)

	1960	1965	1970	1973
Organisch bedingte psychische Erkrankungen und psychische Störungen des höheren Lebensalters	3 013	3 039	3 223	2 882
Schizophrener Formenkreis	2 537	2 886	3 692	3 522
Affektive (manisch-depressive) Psychosen	775	973	1 110	1 429
Psychopathien und abnorme Reaktionen	1 133	1 288	1 707	2 087
Alkoholismus	513	1 050	2 889	4 535
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	165	241	635	1 095
Anfallsleiden	416	383	445	378
Schwachsinnsformen	901	897	923	804
Körperlich Kranke ohne psychische Störungen (neurolog., internist.), übrige Kranke	232	177	347	497
insgesamt	9 685	10 934	14 971	17 229

*) Rheinische Landeskrankenhäuser Bedburg-Hau, Bonn, Brauweiler (ab 1969), Düren, Düsseldorf, Langenfeld und Viersen

In den vergangenen Jahren ist ein ständiger Anstieg der Aufnahmen zu verzeichnen. Die Krankenstatistik des Landschaftsverbandes Rheinland verdeutlicht einen Trend, der auch für die Entwicklung bei anderen Trägern typisch sein dürfte: steigende Aufnahmezahlen bei Suchtkranken, insbesondere bei Alkoholikern (s. A. 4).

3 Wesentliche Mängel der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

3.1 Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste (s. B. 2)

Dem Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste ist ein Feld vorgelagert, in dem Personen mit psychischen Krankheiten und Störungen vielfältiger Art auftauchen. Sie werden dort nicht nur professionell beraten und behandelt, sondern kommen auch mit nicht-professioneller Beratung in Berührung. Auch der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin ist wohl am ehesten diesem Bereich zuzurechnen, weil er als Hausarzt häufig die erste Anlaufstelle für psychisch Kranke und Behinderte darstellt. Diesem Vorfeld kommt besondere Bedeutung zu, weil die in ihm tätigen Dienste eine Reihe wichtiger Aufgaben wahrnehmen. Es sind dies:

— Aufgaben der Prävention im Sinne der Früherkennung,

— erste Hilfs- und Beratungsangebote,

— Überweisungen in eine fachgerechte Behandlung.

Folgende gravierende Mängel sind in diesem Bereich festzustellen:

a) Nicht-professionelle Beratung (s. B. 2.1)

Lehrer, Kindergärtnerinnen und Erzieher, verschiedene juristische Berufsgruppen sowie Seelsorger stoßen zwangsläufig auf psychische Störungen, Krankheiten, Lebenskrisen und schwere seelische Konflikte. Sie sind genötigt, Beratungsfunktionen auszuüben, auf die sie zumeist nicht oder nur unzulänglich vorbereitet sind. Die Folge ist: psychische Störungen werden nicht erkannt; sie bleiben unbeachtet oder es wird in unsachgemäßer Weise auf sie reagiert. Vielfach fehlt es an Informationen und Möglichkeiten für die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Diensten.

b) Professionelle Beratung (s. B. 2.1)

Im schulpsychologischen Dienst, im Untersuchungs- und Begutachtungsdienst der Arbeitsverwaltung und der Sozialversicherung, beim Gesundheitsamt und vor allem in der Sozialarbeit öffentlicher und freigemeinnütziger Institutionen werden professionelle Beratungen durchgeführt. Der Schwerpunkt dieser Dienste liegt zwar im allgemeinen nicht auf der Erkennung psychischer Störungen und Behinderungen. Dennoch werden sie sehr häufig mit Auffälligkeiten dieser Art konfrontiert. Diese Dienste sind wichtig, vor allem für die Prävention, da sie Einfluß auf Entstehungsbedingungen seelischer Fehlentwicklungen und Krisen nehmen können.

Gemessen daran, was für eine verbesserte Beratung, Früherkennung und Prävention notwendig wäre, fallen besonders folgende Mängel ins Auge:

— schulpsychologische Dienste sind in völlig unzureichender Anzahl vorhanden. Ihre Organisation und die Qualifikation ihrer Mitarbeiter sind sehr uneinheitlich. Überwiegend können sie unter diesen Umständen nur so etwas wie einen pädagogisch-psychologischen Notdienst wahrnehmen. Für Einzelfallhilfe, Bearbeitung psychosozialer Konflikte sowie sachgerechte Beratung der Schule selbst bleiben keine Möglichkeiten.

— Die Berufsberatung ist häufig zu einseitig auf die jeweiligen Erfordernisse des Arbeitsmarktes ausgerichtet. Die besondere Situation der zu beratenden Jugendlichen und Erwachsenen wird zu wenig berücksichtigt. Die Aus- und Fortbildung der Berufsberater vermittelt oft keine ausreichenden psychologischen und tiefenpsychologischen Kenntnisse, die für ihre präventiven und die weitere Lebensentwicklung Gesunder und Behinderter unter Umständen entscheidend beeinflussenden Aufgaben erforderlich sind.

— In den Beratungsdiensten und in der Sozialarbeit der Gesundheits-, Jugend- und Sozialämter sowie der freigemeinnützigen Träger und Kirchen sind die Möglichkeiten einer qualifizierten Beratung bei psychischen Störungen, Krankheiten und Behinderungen vielfach durch Personalstellenmangel, Mangel an finanziellen Mitteln, Überlastung, mangelndem selbständigem Handlungsspielraum und Bürokratisierung der Arbeit eingeschränkt. Möglichkeiten zur speziellen Weiter- und Fortbildung fehlen vielfach. Die systematische Kooperation dieser Dienste untereinander und mit psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Diensten ist fast durchgehend unzureichend.

c) Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben (s. B. 2.2)

Private, öffentliche, kirchliche und freigemeinnützige Träger unterhalten Beratungsstellen mit Aufgaben, die sich auf Probleme der Lebensplanung, Partner- und Gruppenbeziehungen, der Erziehung und Entwicklung beziehen. Sie haben daher unmittelbar mit psychischen Störungen, Krankheiten, Konflikten und Krisen zu tun. Bei quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlicher personeller Ausstattung reichen ihre Möglichkeiten von Information, Beratung, Diagnose und Weiterleitung bis hin zur Therapie.

Die Wirkung dieser Dienste, die umfangreiche Versorgungsaufgaben erfüllen könnten und zum Teil auch erfüllen, wird durch folgende Mängel beeinträchtigt:

— Die Gesamtzahl der Beratungsstellen ist zu gering. Sie sind zudem völlig ungleichmäßig verteilt. Vor allem die ländlichen und kleinstädtischen Bezirke sowie die Wohnbereiche der Unterschichten sind benachteiligt.

— Viele Beratungsstellen sind unzureichend besetzt.

— Nur teilweise verfügen Beratungsstellen über qualifizierte, multidisziplinäre Arbeitsgruppen, die es ihnen möglich machen, auch therapeutische Aufgaben wahrzunehmen.

— Viele Beratungsstellen sind in ihrem Aufgabenfeld zu eng auf ein Gebiet (z. B. Ehe-, Sexual-, Erziehungsprobleme) begrenzt. Ihre Tätigkeit kann deswegen den komplexen Fragen der Familie, der Bezugsgruppen und der Umwelt häufig nicht gerecht werden.

— Die Auswahl der Klientel ist zu einseitig auf die Angehörigen der Mittelschichten beschränkt. Der Grund hierfür liegt u. a. in der abwartenden Haltung der Berater. Die meisten Mitarbeiter der Beratungsstellen sehen sich nicht in der Lage, ins soziale Feld zu gehen, sondern warten auf die „Nachfrage" der Klientel. So werden Angehörige der Unterschicht kaum erreicht.

— Besonders krass ist die Unterversorgung der sozialen Randgruppen, die mit den Beratungsstellen am wenigsten in Berührung kommen.

— Bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Berater werden neuere Verfahren der Familien-, Gruppen- und Sozialtherapie noch ungenügend berücksichtigt.

d) Der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin (s. B. 2.3)

Etwa 10 bis 20 % derjenigen, die den praktischen Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin während eines Jahres aufsuchen, leiden an irgendeiner psychischen Störung, Krankheit oder Behinderung. Wenn auch der überwiegende Teil dieser Klientel der Fachbehandlung durch den Psychiater oder Psychotherapeuten nicht bedarf, so kann diese Zahlenangabe doch die Filterfunktion des praktischen Arztes bzw. des Arztes für Allgemeinmedizin deutlich machen.

Allerdings konnte er diese Funktion nach seinem bisherigen Weiterbildungsstand nur ungenügend wahrnehmen. Die Belastungen der üblichen Allgemeinpraxis lassen überdies den größeren Zeitaufwand, wie ihn die meisten psychisch Kranken erfordern, kaum zu.

In diesem Zusammenhang muß als Mangel angesehen werden, daß die praktischen Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin bisher oft für die ihnen auf dem Gebiete der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zukommenden Aufgaben nicht ausreichend befähigt sind. Sie müssen in der Lage sein,

— die psychischen und sozialen Ursachen von Krankheitssymptomen zu erkennen,

— bei psychisch Kranken und Behinderten mehr als bisher die richtigen Hilfen anzubieten sowie sozialtherapeutische und rehabilitative Maßnahmen zu vermitteln,

— unter Umständen selbst, wenigstens in gewissem Umfange, psychotherapeutisch tätig zu werden,

— eine Behandlung mit Psychopharmaka in notwendigem Umfang durchzuführen.

3.2 Ambulante Dienste (s. B. 3.2)

Gemessen am Aufwand, mit dem die Krankenhausversorgung vorangetrieben wurde, ist der Ausbau der ambulanten Behandlungsangebote in der Bundesrepublik Deutschland nicht den Erfordernissen angepaßt worden. Dieses Versäumnis ist vor allem für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter von herausragender Bedeutung: Diese Patienten be-

dürfen wegen der Eigenart ihres Hilfesuchverhaltens und wegen der starken Abhängigkeit des Krankheitsverlaufes von sozialen Faktoren ambulanter Behandlung in besonderen Formen und in besonderem Umfang.

Die Mehrzahl aller psychisch Kranken — jährlich schätzungsweise 600 000 — wird gegenwärtig in den Praxen niedergelassener Nervenärzte und Psychotherapeuten behandelt. Psychisch Kranke werden ferner in den Sprechstunden der Hausärzte, in den Polikliniken der Univrsitätskliniken sowie von einzelnen beteiligten Chefärzten und ermächtigten Nervenärzten ambulant behandelt.

Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird den Bedürfnissen eines Teils der psychisch Kranken nicht gerecht. Es hat sich nämlich gezeigt, daß derjenige Teil psychisch Kranker, welcher der Vorsorge, insbesondere aber intensiver Nachsorge bedarf, zwischen den Maschen des bestehenden Netzes ambulanter Dienste leicht hindurchfällt. Die Folge sind Wiedererkrankungen, Chronifizierung und Rückschläge bei der Rehabilitation. Viele Wiederaufnahmen im stationären Bereich wären vermeidbar, wenn die ambulante Versorgung ausgebaut und mit der stationären Versorgung verzahnt würde.

Wichtige Aufgaben der ambulanten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, die Krisenintervention (möglichst rund um die Uhr), ambulante Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Hospitalisierung und die konsiliarische Behandlung und Betreuung im Bereich der komplementären Dienste (Übergangsheime, Wohnheime, beschützende Wohnangebote etc.) können von den nervenärztlichen Praxen unter gegenwärtigen Bedingungen überhaupt nicht oder nur unzureichend geleistet werden. Es muß daher als eine Fehlentwicklung der Versorgung bezeichnet werden, daß diese ambulanten Aufgaben, welche das Tätigkeitsfeld der niedergelassenen Nervenärzte sinnvoll ergänzen, noch nicht von den psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen wahrgenommen werden können. Diese Lücke ist um so gravierender, als die Versorgungsleistung der niedergelassenen Nervenärzte durch die zu geringe Gesamtzahl der Praxen, ihre unausgewogene Verteilung zwischen städtischen Ballungsräumen und ländlichen Gebieten sowie gewisse Mängel der Weiterbildung ohnehin beeinträchtigt ist.

In weiten Teilen der Bundesrepublik Deutschland — vor allem den ländlichen Zonen — ist die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung so unterentwickelt, daß neurotisch und psychosomatisch Kranke kaum fachgerechte Behandlung finden können. Sie müßten sich an weit entfernte Dienste wenden, die aber meist durch die Kranken aus dem eigenen Umfeld ausgelastet sind.

Das allgemeine Defizit an ambulanter Versorgung psychisch Kranker wird verschärft durch das weitgehende Fehlen von speziellen ambulanten Angeboten für folgende Patientengruppen:

- Psychisch auffällige, gestörte und behinderte Kinder und Jugendliche,
- psychisch kranke alte Menschen,
- Suchtkranke,
- Personen mit psychisch bedingten oder mitbedingten Störungen (Neurosen und psychosomatischen Krankheiten),
- Epilepsie-Kranke.

Im einzelnen ist zu den ambulanten Diensten kritisch zu vermerken:

a) Niedergelassene Nervenärzte (s. B. 3.2.1)

An der kassenärztlichen Versorgung nahmen in der Bundesrepublik Deutschland am 31. Dezember 1974 1 041 niedergelassene Nervenärzte teil. Gegenwärtig muß ein niedergelassener Nervenarzt, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnimmt, im Durchschnitt 59 300 Einwohner versorgen. Die allgemein angenommene Minimalzahl von einem Nervenarzt auf 50 000 Einwohner ist bisher nicht erreicht. Hinzu kommt, daß in den nervenärztlichen Praxen ein relativ großer Anteil (ca. ein Viertel bis ein Drittel) neurologisch erkrankter Patienten behandelt wird. Zudem ist die regionale Verteilung der Praxen sehr unausgewogen. Ländliche Gebiete sind meist unterversorgt.

b) Psychotherapeuten (s. B. 4.2)

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es nach Feststellungen aus den Jahren 1973/74 1 263 Fachpsychotherapeuten für Erwachsene (davon 566 mit Institutsweiterbildung). Etwa 50 % der ärztlichen Fachpsychotherapeuten sind zugleich Fachärzte für Psychiatrie bzw. Psychiatrie/Neurologie; ein nicht geringer Teil sind Psychologen.

Hinzu kommen lediglich 286 Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).

Die ausgeprägte Konzentration der Fachpsychotherapeuten in Großstädten führt zu Verbesserungslücken in anderen Gebieten.

Nur an elf Orten gibt es psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken oder Ambulanzen. Die ambulante Versorgung wird zum größten Teil von den — in freier Praxis tätigen — Fachpsychotherapeuten getragen. Insgesamt wurden im Jahre 1973 von den RVO- und Ersatzkassen 8 453 Anträge auf Übernahme der Kosten für psychotherapeutische Behandlung genehmigt.

3.3 Stationäre Dienste (s. A. 4)

In der Bundesrepublik Deutschland gab es 1973 3 494 Krankenhäuser mit 707 460 Betten und 8 433 615 Aufnahmen im Jahr. An der psychiatrischen Versorgung beteiligt waren davon nach den Ergebnissen der von der Sachverständigen-Kommission durchgeführten Erhebung (Mai 1973):

- 241 Krankenhäuser
- mit 111 450 Betten
- und 225 676 jährlichen Aufnahmen.

Zur Psychiatrie zählt somit jedes 6. Bett und jede 37. Krankenhausaufnahme.

a) Psychiatrische Fachkrankenhäuser (s. A. 4; B 3.3)

Für den Bürger ist es eine Selbstverständlichkeit, daß er im Falle einer körperlichen Erkrankung das nahegelegene kommunale oder freigemeinnützige Allgemeinkrankenhaus aufsuchen kann. Widerfährt ihm jedoch das Unglück, psychisch so schwer zu erkranken, daß eine stationäre Behandlung erforderlich ist, so muß er in der Regel weite Strecken zurücklegen, um ein psychiatrisches Krankenhaus zu erreichen.

Die 130 Fachkrankenhäuser verfügen über 98 757 Betten. Das bedeutet, daß im Bundesdurchschnitt 1,6 Betten pro 1 000 Einwohner zur Verfügung stehen. 1972 wurden 158 000 Patienten aufgenommen; darunter befanden sich 84 300 Erstaufnahmen. Ein Drittel dieser Häuser hat mehr als 1 000 Betten und liegt damit erheblich über der empfohlenen Höchstgrenze von 600 Betten. Die Bausubstanz der meisten Häuser ist überaltert. Zwei Drittel der Betten befinden sich noch immer in Häusern, die vor 1925 errichtet wurden.

Trotz erheblicher Anstrengungen der Träger, diese Krankenhäuser zu sanieren und zu modernisieren, ergeben die Untersuchungen noch folgende Mängel:

— die Größe der psychiatrischen Krankenhäuser und die daraus resultierende Struktur und Unübersichtlichkeit erhöht das Risiko des Hospitalismus.

— die ungünstige geografische Lage vieler psychiatrischer Krankenhäuser erschwert die Beteiligung an der Vor- und Nachsorge im Rahmen der gemeindenahen Versorgung.

— Die Einzugsgebiete der 66 Fachkrankenhäuser mit festgelegtem Aufnahmebezirk sind zu groß. Im Bundesdurchschnitt beträgt die Zahl der Einwohner eines solchen Aufnahmebezirkes 937 000. Die durchschnittliche Einwohnerzahl differiert von Bundesland zu Bundesland:

Land	durchschnittliche Einwohnerzahl der Versorgungsbezirke
Hamburg	1 766 000
Rheinland-Pfalz	1 230 000
Nordrhein-Westfalen	1 146 000
Saarland	1 119 000
Niedersachsen	1 031 000
Berlin (West)	1 031 000
Bayern	980 000
Schleswig-Holstein	855 000
Baden-Württemberg	832 000
Bremen	734 000
Hessen	503 000

— Die Verweildauer in den Fachkrankenhäusern liegt wegen der anderen Zusammensetzung der Patienten deutlich höher als in den Fachabteilungen oder psychiatrischen Universitätskliniken. Am Stichtag waren in den Fachabteilungen:

bis zu 3 Monaten:	21 % der Patienten
bis 12 Monate:	12 % der Patienten
1 bis 2 Jahre:	8 % der Patienten
2 bis 5 Jahre:	13 % der Patienten
5 bis 10 Jahre:	15 % der Patienten
über 10 Jahre:	31 % der Patienten

Dies bedeutet: 59 % — knapp 60 000 — lebten länger als zwei Jahre im Fachkrankenhaus, 31 % — knapp 30 000 — sogar länger als zehn Jahre.

— 18,5 % der Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern — rund 17 400 — waren am Stichtag geistig Behinderte. Sie können in den psychiatrischen Krankenhäusern nicht die erforderliche heil- und sozialpädagogische Behandlung erhalten.

— Es gibt in den psychiatrischen Krankenhäusern noch immer Säle mit mehr als 10, sogar mehr als 20 Betten. Nur die Hälfte der Zimmer hat ein bis drei Betten.

Die ärztliche Versorgung ist besorgniserregend.

Nur ein Viertel der psychiatrischen Krankenhäuser verfügt über eine ausreichende Anzahl von Ärzten. Insgesamt waren am Stichtag in den psychiatrischen Krankenhäusern 1 651 Ärzte tätig. Jeder Arzt ist demnach im Durchschnitt für 59,8 Betten zuständig. 861 Ärzte sind Fachärzte für Psychiatrie oder Psychiatrie/Neurologie. 60 % von ihnen sind über 50 Jahre alt. Durch die Überalterung ergibt sich in den nächsten Jahren ein zusätzlicher erheblicher Nachholbedarf.

— Unter dem Ärztemangel haben vor allem die großen Häuser zu leiden. Je größer ein Krankenhaus, desto ungünstiger ist die Arzt-Betten-Relation:

Größe des psychiatrischen Fachkrankenhauses	Anzahl der Betten je Arzt
bis 100 Betten	27,2
101 bis 500 Betten	41,1
501 bis 1 000 Betten	57,9
1 001 und mehr Betten	66,1

— An den psychiatrischen Krankenhäusern waren am Stichtag lediglich 195 Psychologen beschäftigt. Ein Psychologe ist somit für 506 Betten zuständig. Angesichts der vielen Studienabgänger

im Fach Psychologie erscheint es bedenklich, daß nur eine so geringe Anzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern tätig wird.

— Beim Pflegepersonal stehen Qualifikationsprobleme im Vordergrund. Von den 23 312 in psychiatrischen stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräften (4,2 Betten je Pflegekraft) haben
  - — nur 42,2 % eine staatlich anerkannte Ausbildung;
  - — nur 6,0 % eine weitergehende psychiatrische bzw. sozialpsychiatrische Zusatzausbildung.
  - — 17,4 % sind Krankenpflegehelfer und -helferinnen;
  - — 17,0 % haben keine Krankenpflegeausbildung;
  - — 16,8 % befinden sich noch in der Ausbildung.

— Katastrophal ist der Mangel an Sozialarbeitern. Am Stichtag waren lediglich 183 Sozialarbeiter in den psychiatrischen Krankenhäusern tätig. Auf 540 Betten kommt demnach ein Sozialarbeiter.

— Von den 542 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten haben nur 26,4 % eine abgeschlossene beschäftigungstherapeutische Ausbildung. Hier wirkt sich der Mangel an Ausbildungsstätten aus. Es gibt bis heute nur 7 in der Bundesrepublik Deutschland.

b) Fachabteilungen (s. A. 4; B. 3.3)

Der Weg, psychisch Kranke wie körperlich Kranke in Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zu behandeln, ist bislang in der Bundesrepublik Deutschland bedauerlicherweise nur vereinzelt beschritten worden. Es gibt lediglich 44 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie mit insgesamt 3 164 Betten. Die meisten dieser Abteilungen versorgen neurologische und psychiatrische Patienten. Sie stehen daher zur Versorgung psychisch Kranker nur teilweise zur Verfügung. Von diesen Einrichtungen werden jährlich 26 900 Patienten aufgenommen, darunter 13 800 Erstaufnahmen. Die Verweildauer ist in Fachabteilungen z. T. auch wegen der anderen Zusammensetzung der Patienten deutlich geringer als in den psychiatrischen Krankenhäusern. 83 % der Patienten waren kürzer als zwei Monate, nur 5 % länger als ein Jahr in den Fachabteilungen.

Die regionale Verteilung der Abteilungen ist sehr unterschiedlich. Für weite Gebiete haben sie überhaupt keine Bedeutung. 50 % der Fachabteilungen stehen in Nordrhein-Westfalen. Ihre Anzahl ist zu gering, ihre gegenwärtige Struktur für eine umfassende Versorgung psychisch Kranker unzureichend.

c) Psychiatrische Universitätskliniken (s. B. 3.3.2)

23 psychiatrische Universitätskliniken mit insgesamt 3 507 Betten nehmen an der Versorgung teil. Dabei ist der relative Anteil an stationären Aufnahmen und an ambulanter Versorgung hoch. 87 % der Patienten befanden sich am Stichtag weniger als drei Monate, nur 1 % dagegen länger als ein Jahr in den Universitätskliniken.

d) Stationäre psychotherapeutisch/ psychosomatische Einrichtungen (s. B. 4.2.4)

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es — wie eine gesonderte Umfrage 1974 ergab — 40 psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser bzw. Abteilungen. Sie verfügen über 2 253 Behandlungsplätze (Betten). Davon sind 204 bereits in der Erhebung der Sachverständigen-Kommission erfaßt.

1 773 Betten befinden sich in 20 selbständigen psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäusern.

480 Betten stehen in 20 psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen.

Die Behandlungsdauer beträgt im allgemeinen sechs bis acht Wochen.

Wenn auch der Schwerpunkt der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung im ambulanten Sektor liegt, besteht ein Fehlbedarf an stationären Einrichtungen für bestimmte Patientengruppen. Die gegenwärtige stationäre Versorgung ist im ganzen unzureichend und regional sehr unausgewogen.

3.4 Halbstationäre Dienste (s. B. 3.3)

Halbstationäre Dienste — Tages- und Nachtkliniken — sind wichtige Einrichtungen für die Verbesserung der Wiedereingliederungschancen sowie für die Vermeidung und Abkürzung der Vollhospitalisierung. Obgleich ihre Vorzüge seit langem bekannt sind, haben sie sich bislang in der Bundesrepublik Deutschland nur vereinzelt durchgesetzt. Dies hat im wesentlichen zwei Ursachen:

— die Kostenregelung ist noch nicht überall zufriedenstellend gelöst,

— die gemeindeferne Lage vieler großer psychiatrischer Krankenhäuser erschwert die Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken, da deren Patienten auf kurze Wege zwischen Klinik und Wohnung oder Arbeitsstätte angewiesen sind.

3.5 Besondere Alters- und Patientengruppen

a) Kinder und Jugendliche (B. 3.7.1)

27 % der Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren. Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, daß bei 20 bis 25 % aller Schulkinder Auffälligkeiten im Verhalten festzustellen sind, die in irgendeiner Form der Klärung bedürfen. Ein im Rahmen der Enquête durchgeführtes Projekt ergab zusätzlich, daß in einer Großstadt 31 % der Kinder eines Schulanfängerjahrganges Auffälligkeiten und Leistungsbeeinträchtigungen zeigten:

— 16,3 % wurden im 1. Schuljahr erheblich auffällig;

— 6,0 % wurden vom Schulbesuch zurückgestellt;

— 8,7% wurden einer Sondereinrichtung zugeleitet.

Diese Zahlen weisen auf einen beträchtlichen Bedarf an beratender, ambulanter und stationärer Behandlung hin, der — wie die entsprechenden Untersuchungen ebenfalls gezeigt haben — auch nicht annähernd gedeckt ist.

Im ambulanten Bereich wird die erforderliche multidisziplinäre Versorgung gegenwärtig zumindest teilweise von den Erziehungsberatungsstellen geleistet. In der Erhebung der Sachverständigen-Kommission wurden 1973 in der Bundesrepublik Deutschland 375 Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern erfaßt. Davon wurden 75 % von klinischen Psychologen geleitet und 25 % von Ärzten. Jede dritte verfügte nicht über die erforderliche Mindestbesetzung von drei Fachkräften; 13 % wurden nur nebenamtlich geführt. Auf eine Arbeitsgruppe entfallen 200 000 Einwohner statt der in älteren Richtlinien der WHO geforderten 50 000 Einwohner.

Die Zahl von 286 Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) ist nicht ausreichend; zu bemängeln ist ferner, daß die elf Ausbildungsstätten insgesamt jährlich nur durchschnittlich 32 Ausbildungsabschlüsse melden können.

Auch in der stationären Versorgung zeigt sich, daß die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine verhältnismäßig eigenständige Disziplin ist. Ein einigermaßen strukturiertes Versorgungssystem ist auch in Ansätzen nicht zu erkennen. Der Nachholbedarf ist hier besonders gravierend.

Bei der Erhebung der Sachverständigen-Kommission konnten von den vorhandenen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen nur 17 mit insgesamt 3 725 Betten erfaßt werden. Bei fünf dieser Einrichtungen handelte es sich um Fachabteilungen, bei 12 um Fachkrankenhäuser der unterschiedlichsten Art und Größe.

Eklatant ist der Mangel an Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bislang sind bei einem langfristigen Bedarf von etwa 1 700 nur 173 Facharztanerkennungen ausgesprochen worden. Nur 28 Ärzte haben eine Praxis eröffnet.

Die Versorgungslücke im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist vor allem auch deshalb folgenschwer, weil hierdurch präventive Maßnahmen, unter anderem auch Früherkennung und Frühbehandlung zur Verhinderung und Minderung späterer Schäden, weitgehend unterbleiben. Es gibt neben einzelnen Abteilungen und Ambulanzen mit entsprechenden Aufgaben nur drei große selbständige Früherkennungszentren in der Bundesrepublik Deutschland.

b) Psychisch kranke alte Menschen (s. B. 3.7.2)

Obwohl rd. 20 % aller hospitalisierten Patienten 65 Jahre und älter sind und obwohl psychische Störungen des höheren Lebensalters mit 20 bis 30 % neben den Suchtkrankheiten und der Schizophrenie an der Spitze der Aufnahmediagnosen in den psychiatrischen Krankenhäusern stehen, ist es zu einem bedarfsgerechten, übergreifenden Aufbau eines gerontopsychiatrischen Versorgungssystems bislang nicht gekommen. Ungelöst ist vor allem das Problem einer sachgerechten Aufgabenteilung und Zusammenarbeit zwischen klinischen Institutionen und Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe.

Die starke Zunahme alter Patienten in den letzten Jahren ist zu erklären durch die veränderten Lebensbedingungen und die höhere Lebenserwartung. Der Anteil der über 65jährigen an der Bevölkerung steigt. Heute ist jeder achte Bundesbürger über 65 Jahre, 1980 wird jeder siebte dieses Alter erreicht haben.

Feldstudien zeigen, daß an einem bestimmten Stichtag etwa 25 bis 30 % der über 65jährigen an psychischen Störungen im weitesten Sinne leiden. Nach einer sehr groben Schätzung bedürfen jedoch nur 1 % klinischer Behandlung. Bei etwa 14 % sind ambulante Diagnostik und Therapie erforderlich. Das — auch bei vielen Ärzten — noch immer herrschende Defizit-Modell von der Unheilbarkeit psychischer Altersleiden und der damit verbundene therapeutische Nihilismus führen dazu, daß die heute möglichen Behandlungschancen nur sehr ungenügend genutzt werden.

Unter der schlechten Kooperation zwischen klinischen und sozialen Diensten haben die alten Menschen besonders zu leiden. So wurde in einer nordrhein-westfälischen Erhebung nachgewiesen, daß die Hälfte aller über 65jährigen Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern psychiatrischer Pflege nicht mehr bedürftig war und genauso gut oder besser in Heimen betreut werden könnte, daß aber andererseits ein Viertel der Bewohner von Altenheimen und Altenkrankenheimen psychiatrischer Behandlung bedurfte, diese aber dort nicht erhielt. Diese Fehlplacierung ist darauf zurückzuführen, daß eine bedarfsgerechte Verteilung psychisch kranker alter Menschen auf die verschiedenen Behandlungsdienste bis heute nicht erfolgt. Die quantitativen Mängel im Bereich der Alterspsychiatrie (es fehlen gerontopsychiatrische Kliniken, ambulante Dienste, Tagesstätten, geeignete Krankenheime und Personal) werden noch durch den qualitativen Mangel an Kooperation der vorhandenen Dienste in unnötiger Weise zum Schaden der psychisch kranken alten Menschen verschärft. Der Weg in die Psychiatrie wird dadurch für sie allzu häufig zur Sackgasse.

c) Suchtkranke (s. B. 3.9.1)

Der Alkohol- und Drogenmißbrauch hat in den letzten Jahren in der Bundesrepublik Deutschland in besorgniserregendem Maße zugenommen. Rechnete man 1969 noch mit 600 000 Alkoholkranken, so muß jetzt von 1,2 bis 1,8 Millionen — das sind 2 bis 3 % der Bevölkerung — ausgegangen werden. Der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol stieg von 3,2 Liter im Jahre 1950 auf 12,2 Liter im Jahre 1973. Alkoholkranke und Drogenabhängige stellen inzwischen 30 % der Aufnahmen der psychiatrischen Krankenhäuser. Die Zahl der Alkoholdelirien, welche in psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen wurden, stieg innerhalb weniger Jahre um 700 % an. Jüngere Menschen und Frauen sind zunehmend gefährdet.

In der Drogen-Szene hat zwar die Zahl der Probierer und Gelegenheitskonsumenten abgenommen.

Doch hat der harte Kern der Rauschmittelabhängigen eher zugenommen. Es muß mit etwa 10 000 jugendlichen Suchtkranken und etwa 40 000 Rauschmittel-Dauerkonsumenten gerechnet werden. Bedeutsam ist der Trend zum kombinierten Gebrauch von Rauschmitteln mit Alkohol, sowie der Anstieg des Konsums „harter" Drogen, vor allem von Heroin.

Vor diesem Hintergrund wirken die nachfolgenden Mängel in der Versorgung alarmierend:

— der stationäre Bedarf ist in keiner Weise gedeckt. 31 Fachkliniken (ehemalige Heilstätten) mit 3 000 Betten und 46 Suchtstationen an psychiatrischen Krankenhäusern mit 3 227 Betten sind hoffnungslos überfordert, zumal sie wegen der schlechten Vorsorge die Patienten meist erst dann in Behandlung bekommen, wenn diese bereits stark geschädigt sind.

— die internistischen Abteilungen, die meist in den frühen Entwicklungsstadien die erste stationäre Behandlung durchführen, beschränken sich auf die körperliche Entziehung und entlassen die Patienten, ohne daß ein therapeutischer Einfluß auf die noch bestehende psychische Abhängigkeit erfolgt. Das führt zu Rückfällen und weiterem Abstieg.

— Fachambulanzen für Vor- und Nachsorge fehlen. Die Situation im ambulanten Bereich muß trotz der Aktivität zahlreicher Institutionen und Selbsthilfegruppen als weitgehend unzureichend bezeichnet werden.

— Auch halbstationäre Dienste — wichtig für die Stabilisierung nach klinischer Behandlung — fehlen. Das gleiche gilt für Übergangsheime.

3.6 Soziale Randgruppen (Risikogruppen) (s. B. 2.2)

Die sozialen Randgruppen (sozial desintegrierte Einzelpersonen und Familien, verarmte Familien in Notunterkünften und Slums, Nichtseßhafte, Obdachlose usw.) sind eine bislang medizinisch, sozialpädagogisch, psychotherapeutisch und psychiatrisch völlig vernachlässigte Gruppe. Sie weist ein besonders hohes Risiko für psychische Erkrankungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen und Behinderungen auf. In der Verschränkung von sozialen, wirtschaftlichen und seelischen Belastungen findet sich bei ihr ein hohes Ausmaß an Alkoholismus, Familienzerfall, Delinquenz, Dissozialität und psychischen Krankheiten.

Es muß als Mangel festgestellt werden, daß dem Problem der sozialen Randgruppen nicht mit dem notwendigen Einsatz der zur Verfügung stehenden Erkenntnisse, sowie der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten von Psychologie, Sozialpädagogik, Psychotherapie und Psychiatrie begegnet wird.

3.7 Versorgung geistig Behinderter (s. B. 3.8)

Ein zusammenhängendes System kooperierender Einrichtungen zur Versorgung geistig Behinderter besteht in der Bundesrepublik Deutschland nicht. Exakte Daten über die Anzahl der Behinderten — insbesondere über die Betreuungsbedürftigen — fehlen. Es wird damit gerechnet, daß 6 von 1 000 Einwohnern geistig behindert sind, also etwa 360 000 Personen. Knapp ein Zehntel der geistig Behinderten (0,55 pro 1 000 bzw. 34 000) ist schwerst- und mehrfachbehindert und bedarf im allgemeinen der stationären Dauerunterbringung.

Die gegenwärtige stationäre Versorgung ist völlig unzureichend. Die entsprechenden Einrichtungen sind überbelegt. Ein besonderes Problem stellen die rd. 17 500 geistig Behinderten dar, welche in den psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht sind. Diese Einrichtungen können die notwendigen heil- und sozialpädagogischen Förderprogramme nicht zureichend anbieten. Der Anteil geistig Behinderter an der Gesamtzahl aller 94 200 Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern beträgt im Bundesdurchschnitt 18,5 %. Er ist jedoch in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich:

Nordrhein-Westfalen	25,1 %
Hessen	21,3 %
Schleswig-Holstein	21,2 %
Saarland	20,5 %
Rheinland-Pfalz	17,3 %
Niedersachsen	17,0 %
Bremen	13,5 %
Bayern	13,0 %
Berlin	11,9 %
Baden-Württemberg	9,6 %
Hamburg	5,4 %

In der Erhebung der Sachverständigen-Kommission wurden 93 Heime und Anstalten mit jeweils über 100 Betten festgestellt. In diesen Einrichtungen leben weitere rd. 36 000 geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke.

Ein gefächertes Wohnangebot für die verschiedenen Schweregrade geistiger Behinderung ist bisher nur modellhaft an verschiedenen Stellen in Entwicklung.

Es fehlt an Vorsorgeeinrichtungen zur Früherkennung sowie Frühdiagnose und Frühtherapie.

Ferner fehlen ambulante Hilfen für Familien, die geistig Behinderte zu Hause behalten oder aufnehmen.

Erfreulich ist der starke Anstieg bei der Errichtung neuer Werkstätten für Behinderte in den letzten Jahren. Dennoch muß darauf hingewiesen werden, daß die festgestellten 234 Werkstätten mit insgesamt 17 758 Behinderten (Stand 1973) den Mindestbedarf von einem Werkstattplatz pro 1 000 Einwohner (61 000 Werkstattplätze in der Bundesrepublik Deutschland) bei weitem noch nicht erfüllen. Rund 60 % der in den Werkstätten Beschäftigten waren unter 25 Jahre alt.

3.8 Komplementäre Dienste (s. B. 3.4)

Heime, Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte, sonstige beschützende Wohnangebote, Tagesstätten und Patientenclubs für nicht-krankenhausbedürftige psychisch Kranke und geistig sowie seelisch Behinderte sind als komplementäre Dienste

wichtiger Bestandteil des Gesamtversorgungssystems. Sie entlasten den klinischen Bereich, ermöglichen oder fördern die Wiedereingliederung und geben den Personen, die zwar nicht krankenhausbedürftig sind, aber eines beschützenden Lebensraums bedürfen, bessere Entfaltungsmöglichkeiten.

In diesem Versorgungssektor fehlen gesicherte Daten über Anzahl der Angebote, sowie über Diagnose, Alter, Herkunft und Fluktuation ihrer Bewohner. Das Bedarfsdefizit ist in jedem Falle — wie in allen vorangegangenen Abschnitten dargestellt — außerordentlich bedrückend, läßt sich jedoch nicht exakt umreißen. Der Mangel an Planung in dieser Grauzone und die daraus erwachsenen Versorgungslücken beeinträchtigen die Versorgung aller Patientengruppen und Behinderten schwerwiegend.

Kritisch vermerkt werden müssen außerdem die qualitativen Mängel mancher Heime. Viele Heime, in denen ehemalige — meist ältere — Patienten psychiatrischer Krankenhäuser betreut werden, sind unzureichend ausgestattet und verfügen nicht über ausreichend qualifiziertes Personal.

3.9 Fehlplacierung und Koordination (s. B. 3.3.1; B. 6)

Das Versorgungssystem für psychisch Kranke und geistig Behinderte ist unkoordiniert gewachsen. Stationäre, komplementäre und ambulante Dienste werden von einer Vielzahl voneinander unabhängiger staatlicher, kommunaler, caritativer und privater Träger betrieben. Psychisch Kranke und geistig sowie seelisch Behinderte stehen im Schnittpunkt der Kompetenzen mehrerer großer Verwaltungsbereiche, nämlich der Gesundheitsfürsorge, der Sozialhilfe, der Jugendhilfe und der Arbeitsverwaltung.

Weder die Träger noch die Verwaltungen haben bislang Koordinationsformen entwickelt, die den besonderen Bedürfnissen dieses großen Personenkreises auch nur in etwa gerecht würden. Dieser Mangel an Koordination stellt ein Kernproblem der gegenwärtigen Versorgung dar.

Eine verhängnisvolle Folge des planlosen Nebeneinanderher-Arbeitens nahezu aller Dienste und Verwaltungen ist die Fehlplacierung. Besonders drastisch nachgewiesen wurde sie in einer Studie über psychisch gestörte alte Menschen in Nordrhein-Westfalen, die ergab, daß 50 % der über 65jährigen Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser nicht mehr psychiatrisch behandlungsbedürftig waren und besser in Heimen betreut werden könnten. Fehlplaciert sind ferner die meisten der über 17 000 geistig Behinderten in den psychiatrischen Krankenhäusern. Fehlplaciert sind Alkoholsüchtige auf internistischen Stationen. Fehlplaciert sind nicht-krankenhausbedürftige chronisch Kranke in psychiatrischen Krankenhäusern. Fehlplaciert sind viele psychosomatisch Kranke in inneren Kliniken.

Das „Misplacement" durchzieht das gesamte Versorgungssystem und charakterisiert den erheblichen Rückstand in Planung und Koordination drastischer als jedes andere Phänomen.

3.10 Aus-, Weiter- und Fortbildung

Neben einer ausreichenden Quantität der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen — die gegenwärtige Situation läßt bei einzelnen Berufen in unterschiedlichem Ausmaß einen unabgedeckten Bedarf erkennen (s. A. 4; G.) — ist deren Qualifikation von entscheidender Bedeutung. Diese Qualifikation hängt im wesentlichen von Art und Ausmaß des Angebotes an Aus-, Weiter- und Fortbildungsgängen für alle an der Versorgung Beteiligten ab. Die Grundausbildungen bei vielen, primär nicht auf dem Bereich der Psychiatrie bzw. Psychotherapie/Psychosomatik spezialisierten Berufen berücksichtigten bisher nicht ausreichend die für eine spätere Tätigkeit in diesen Bereichen erforderlichen Belange. Mit Ausnahme der ärztlichen Weiterbildung fehlt es weitgehend an Weiterbildungsmöglichkeiten. Besonders gravierend ist der Mangel an systematischen Fortbildungsmöglichkeiten.

Bestehende Aus-, Weiter- und Fortbildungsgänge sind lückenhaft und unausgewogen. In den Bildungsgängen vieler medizinischer Berufe stehen oft einseitig die biologischen Gesichtspunkte im Vordergrund unter Vernachlässigung der psychologischen und der sozialen Aspekte der psychischen Störungen und Behinderungen sowie deren Beeinflussungsmöglichkeiten.

Vielfach erfolgen Aus- und Weiterbildung zu wenig praxisbezogen. Viele für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter unerläßliche Fähigkeiten und Kenntnisse können aber nur im — die Ausbildung begleitenden — täglichen Umgang mit diesen Patienten erworben werden.

Im Hinblick auf die psychotherapeutisch/psychosomatischen Bedürfnisse führen die gegenwärtigen Ausbildungsmängel zu erheblichen Konsequenzen in der Versorgung. In den Curricula der Ausbildungsgänge für Angehörige aller Berufsgruppen, die mit medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Methoden präventive, beratende und therapeutische Aufgaben zu bewältigen haben, ist das hierzu erforderliche psychosoziale Grundlagenwissen bisher nicht genügend berücksichtigt worden. Besonders für diese Gruppen fehlen Fortbildungsmöglichkeiten, da ein täglicher Umgang mit psychosozialen Konflikten besser bewältigt werden kann bei ausreichenden Angeboten am Ort der Berufsausübung mit der Möglichkeit zu Erfahrungsaustausch und Supervision. Weiterbildungsgänge für Psychotherapie und Psychosomatik sind erst in Ansätzen (z. B. in der Medizin) verwirklicht und fehlen in anderen Bereichen ganz, außerdem ist ein erheblicher Mangel an Institutionen der Weiterbildung zu verzeichnen (s. C. 4).

Die bestehenden Mängel und Versäumnisse in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der für die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten verantwortlichen Personen haben deswegen besonders schwerwiegende Auswirkungen und Folgen, weil sie nicht durch Sofortmaßnahmen ausgeglichen oder behoben werden können und sich daher besonders nachhaltig und langfristig auswirken.

B. Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

1 Notwendigkeit und Ziele der Reform (s. B. 1)

Die Mängel in der Versorgung sind schwerwiegend. Sie erfordern eine Neuordnung. Durch diese muß erreicht werden:

- daß psychische Krankheiten und Behinderungen früh genug erkannt und beeinflußt werden, um schwerwiegende Beeinträchtigungen nach Möglichkeit abwenden zu können;
- daß bei Behandlungsbedürftigkeit durch ambulante und komplementäre Angebote die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts verringert wird;
- daß die Ausgliederung der Kranken und Behinderten aus ihren Lebensbereichen vermieden wird;
- daß die psychiatrischen Krankenhäuser personell, baulich und organisatorisch in die Lage versetzt werden, Krankheit und Behinderung tatsächlich zu lindern oder zu beheben.

2 Grundsätze und Leitlinien (s. B. 1; B. 3.1)

2.1 Bedeutung sozialer Einflüsse/Prävention

Die Entstehungsbedingungen psychischer Krankheiten und die Umstände, welche zu ihrer Chronifizierung beitragen können — vor allem in den Bereichen der Erziehung, der Arbeit und des Wohnens — machen es erforderlich:

- solchen Zusammenhängen sowie
- den Fragen und Möglichkeiten der Prävention fortschreitend nachzugehen und
- Erkenntnisse darüber an die Betroffenen, an Institutionen und die Entscheidungsinstanzen zu vermitteln.

2.2 Aufklärung der Öffentlichkeit/Schulung der Bezugspersonen (s. A. 3)

Die Aufklärung der Bevölkerung über psychische Gesundheit muß intensiviert werden. Berufsgruppen, die häufig als erste mit psychisch Gestörten konfrontiert werden, müssen geschult werden, damit sie rechtzeitig Hilfe einleiten können.

2.3 Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen (s. B. 2.1)

Die Vorsorge im Sektor der psychischen Gesundheit muß bereits im Vorfeld fachtherapeutischer Dienste einsetzen. Um die Prävention hier voll auszuschöpfen, müssen

- pädagogische, sozialtherapeutische und beratende Dienste
- sowie Selbsthilfegruppen der Betroffenen

planmäßig gefördert werden.

2.4 Berücksichtigung aller psychisch Kranken, Behinderten und von Behinderung Bedrohten (s. B. 3.1.1)

Die psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung muß als ein umfassendes Angebot *allen* von psychischer Krankheit oder von Behinderung Betroffenen und Bedrohten zur Verfügung stehen. Dieses Prinzip der umfassenden Versorgung bedingt, daß der Bedarf aller in Frage kommenden Personengruppen innerhalb eines überschaubaren Versorgungsgebietes von Diensten jeglicher Art befriedigt wird.

2.5 Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems *)

Ein umfassendes, bedarfsgerechtes Versorgungssystem muß für Vor- und Nachsorge sowie für klinische Behandlung innerhalb eines bestimmten Versorgungsgebietes folgende Dienste anbieten:

- Beratungsdienste;
- ambulante Dienste (niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, ambulante Dienste der Krankenhauseinrichtungen und andere Institutionen);
- stationäre Dienste (Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Fachkrankenhäuser);
- halbstationäre Dienste (Tages- und Nachtkliniken);
- komplementäre Dienste (Übergangsheime, Wohnheime, Einrichtungen für Schwerstbehinderte und Mehrfachbehinderte, beschützende Wohnungen, Tagesstätten, Patientenclubs);
- rehabilitative Dienste (Werkstätten für Behinderte, beschützende Arbeitsplätze, Berufsbildungs- und Förderungswerke).

2.6 Koordination und Zusammenarbeit/Planung/Datensammlung (s. B. 6)

Die Planung des Versorgungssystems liegt in der Kompetenz der Länder. Die Koordination und Zusammenarbeit der Dienste muß durch Institutionen auf der Ebene der Kommunen und Kreise garantiert

werden. Für den Aufbau einer sachgerechten Planung ist die Sammlung und Auswertung aller relevanten Daten unerläßlich.

Die Kooperation und Koordination aller Dienste ist vor allen Dingen erforderlich, um

— die Fehlplacierung zu vermeiden,

— Doppel- und Mehrfachbetreuungen zu verhindern,

— die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen,

— Lücken im Versorgungssystem durch einen kontinuierlichen, flexiblen Anpassungsprozeß zu schließen.

2.7 Gemeindenahe Versorgung (s. B. 1; B. 3.1)

Alle Dienste müssen gemeindenah eingerichtet werden. Insbesondere können halbstationäre, komplementäre und rehabilitative Dienste nur erfolgreich arbeiten, wenn sie sich in unmittelbarer Nähe von Arbeitsstätten, Wohngebieten, Sozialeinrichtungen und Behörden befinden. Die Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in Einrichtungen, die in zu großer Entfernung von ihrem Lebensbereich liegen, ist nur dort gerechtfertigt, wo spezialisierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote großräumig konzentriert werden müssen.

Beim Prinzip der gemeindenahen Versorgung müssen die unterschiedlichen Bedingungen in ländlichen Gebieten und in Ballungsräumen berücksichtigt werden.

2.8 Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser (s. B. 3.1)

Die großen psychiatrischen Krankenhäuser müssen verkleinert oder in überschaubare Abteilungen (Funktionsbereiche) aufgegliedert werden, weil

— ihre ungünstige Lage und die Größe ihrer Aufnahmebezirke es ihnen erschwert, sich überall in ihrem Einzugsgebiet an der gemeindenahen Versorgung zu beteiligen,

— die Verweildauer mit der Distanz zwischen Wohnort und Behandlungsort steigt und die Wiedereingliederungschancen entsprechend sinken,

— mit dem Ansteigen der Verweildauer das Risiko des Hospitalismus wächst.

2.9 Getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig Behinderte (s. B. 3.1)

Die Versorgung psychisch Kranker und erwachsener geistig Behinderter muß getrennt werden. Geistig Behinderte leben in psychiatrischen Krankenhäusern überwiegend nur deshalb, weil andere beschützende Wohnangebote für sie fehlen. Das Krankenhaus ist für ihre Behandlung und Betreuung prinzipiell nicht geeignet. Die Behinderten bedürfen vielmehr überwiegend solcher Einrichtungen, die folgendes bieten:

— beschützende Wohnsituation mit angemessenem Freiheitsraum,

— heilpädagogische, sozialtherapeutische und rehabilitative Versorgung,

— beschützende Werkstätten,

— ärztlich-psychiatrischen Konsiliardienst.

Die Entwicklung eines eigenständigen Versorgungssystems für geistig und seelisch Behinderte ist vorrangig. Die Vernachlässigung dieser Gruppen kann nicht länger hingenommen werden. Der Aufbau von komplementären Diensten (Heimsektor) für Behinderte ist durch Gesetz zu regeln.

2.10 Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen (s. B. 3.1)

Die Notwendigkeit multidisziplinärer Zusammenarbeit in psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Fachdiensten muß bei der Organisation der Institutionen berücksichtigt werden. Wesentlich stärker als im Bereich der Allgemeinmedizin bestimmen soziale und psychologische Faktoren den Charakter vieler — gerade auch chronisch verlaufender — psychischer Krankheiten. Ihre Bedeutung für Manifestation, Verlauf und Prognose sind daher in alle diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen miteinzubeziehen. Medizinische, psychologische, psychotherapeutische, soziale und heilpädagogische Hilfen müssen sich gegenseitig ergänzen. Sie bilden bei der Behandlung psychisch Kranker und Behinderter eine Einheit. Die Gegenüberstellung einer „medizinischen" und einer „sozialen" Psychiatrie ist unangemessen.

2.11 Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker (s. B. 3.1)

Der psychisch Kranke muß dem körperlich Kranken gleichgestellt werden. Alle noch bestehenden Benachteiligungen in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht müssen beseitigt werden.

2.12 Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung (s. B. 3.1.3)

Die stationäre Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muß grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin sein. Ihre Gesamtversorgung ist in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge einzugliedern. Diese Integration in die Gesamtmedizin bildet eine unabdingbare Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter.

2.13 Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung (s. C.)

Alle Reformbestrebungen müssen Hand in Hand gehen mit einer planmäßigen Aus-, Weiter- und Fort-

bildung aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Die Verbesserung der Qualifikation der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen ist eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der Reformen.

2.14 Intensivierung und Förderung der Forschung (s. F)

Voraussetzung für die Verbesserung des Versorgungssystems und der Behandlungsmöglichkeiten ist eine planmäßige Intensivierung und Förderung der Forschung im Bereich der Psychiatrie und der Psychotherapie/Psychosomatik.

3 Die Empfehlungen im einzelnen

3.1 Beratungsdienste (s. B. 2)

3.1.1 Nicht-professionelle und professionelle Beratung im Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste (s. B. 2.2.1)

für Berufsgruppen, die in besonderem Maße mit psychisch gestörten Menschen konfrontiert werden oder es mit den Entstehungsbedingungen und Auswirkungen von psychischen Störungen zu tun haben, nämlich

— Lehrer, Kindergärtnerinnen, Erzieher,

— juristische Berufe in den verschiedenen Organen der Rechtspflege,

— kirchliche Seelsorger,

für die Mitarbeiter in öffentlichen Institutionen mit professionellen Beratungsaufgaben, insbesondere

— schulpsychologische Dienste,

— Berufsberatung, Untersuchungs- und Begutachtungsdienste der Arbeitsverwaltung und der Sozialversicherung,

— Gesundheitsämter.

Vor allem für Sozialarbeiter in Jugend- und Sozialämtern, Strafanstalten, Gesundheitsämtern, Betrieben und Einrichtungen freigemeinnütziger Träger wird empfohlen:

1. Stärkere Berücksichtigung von Kenntnissen aus den Gebieten der Psychologie, insbesondere der Tiefen-, Lern- und Sozialpsychologie, Psychotherapie und Psychiatrie bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung.
2. Einrichtung ständiger Beratungs- und Supervisionsmöglichkeiten durch psychiatrische und psychotherapeutische Dienste, bzw. entsprechend qualifizierte spezielle Beratungsdienste, oder durch Voll-, Teilzeit- oder Konsultationsverträge mit entsprechenden Fachleuten.

Ferner wird empfohlen:

3. Rascher Ausbau der schulpsychologischen Dienste und Weiterbildung von Lehrern zu Beratungslehrern mit Kompetenz für die Bearbeitung psychosozialer Konflikte und Krisen.
4. Vermehrung der Stellen für sozialpädagogische Mitarbeiter in Schulen, Heimen und im Justizvollzug.
5. Koordination der öffentlichen Institutionen, welchen Beratungsaufgaben obliegen, mit der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung.

3.1.2 Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben (s. B. 2.2.2)

Eine wichtige Aufgabe im Vorfeld erfüllen die Beratungsstellen der privaten, kirchlichen, freigemeinnützigen und öffentlichen Träger, die es ihrer Funktion entsprechend größtenteils unmittelbar mit psychischen Störungen, Konflikten und Krisen zu tun haben. Das gilt vor allem für Familien-, Erziehungs-, Lebens-, Ehe-, Jugend-, Alten-, Sexual-, Lebensmüden-, Drogen- und Alkoholiker-Beratungsstellen. Für diesen Sektor wird empfohlen:

1. Vermehrte Einrichtungen von Beratungsstellen unter Berücksichtigung folgender Schwerpunkte:
   a) Bevorzugung bislang nicht versorgter oder unterversorgter Gebiete.
   b) Personelle Besetzung mit qualifizierten multidisziplinären Arbeitsgruppen, denen es möglich ist, auch ambulante therapeutische Aufgaben gemeindenah wahrzunehmen.
2. Zusammenfassung von Familien-, Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung bei der Einrichtung neuer Beratungsstellen, mit einer entsprechend differenzierten personellen Besetzung. Kooperative Zusammenführung bestehender Beratungsstellen mit diesen Aufgabenbereichen.
3. Erprobung des Modells psychosozialer Kontaktstellen (s. B. 2.2.5) als Einrichtungen, welche integrierten Beratungsdiensten für besondere Bereiche bevölkerungsnah vorgeschaltet sind. Sie sollen sowohl Hilfe in akuten Konfliktsituationen anbieten oder vermitteln als auch präventiv tätig sein.
4. Organisation der Beratungsarbeit für soziale Randgruppen in deren Lebens- und Wohnbereichen.
5. Ausbau der Beratungsstellen für Studierende an den Hochschulen.
6. Koordination der Beratungsstellen mit den psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten im engeren Sinne.
7. Ausbau von Beratungs- und Supervisionsangeboten für die an der allgemeinen nicht-professionellen und professionellen Beratung beteiligten Personen und Institutionen.
8. Überprüfung und Neuordnung der Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge und der Fortbildungsangebote, die für die Tätigkeit in multidisziplinär besetzten Arbeitsgruppen der Beratungsstellen qualifizieren sollen.

3.2 Ambulante Dienste (s. B. 3.3.2)

3.2.1 Der niedergelassene Nervenarzt (s. B. 3.3.2.1)

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nahmen am 31. Dezember 1974 1 041 niedergelassene Nervenärzte an der kassenärztlichen Versorgung teil. Geht man von den absoluten Zahlen aus, so wird der größte Teil psychisch Kranker von ihnen ambulant behandelt.

Neben einer Vermehrung der nervenärztlichen Praxen bis mindestens zu einer Richtzahl von etwa einer Praxis auf 50 000 Einwohner ist vor allem mit geeigneten Maßnahmen darauf hinzuwirken, daß es zu einer ausgewogeneren Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte zwischen dichtbesiedelten Gebieten, Kleinstädten und ländlichen Zonen kommt, um eine *gleichmäßige* Versorgung der Bevölkerung zu erreichen.

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte lassen sich folgende Empfehlungen aussprechen:

1. Die nervenärztliche Weiterbildung muß intensiviert werden. In die Weiterbildung muß das Erlernen verschiedener psychotherapeutischer Methoden eingeschlossen sowie eine Tätigkeit im ambulanten Versorgungsbereich eingefügt werden. Die Intensivierung der nervenärztlichen Weiterbildung darf nicht zu einer Verlängerung der Weiterbildungszeit führen.
2. Der Informationsfluß und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Nervenärzten, klinischen Fachinstitutionen, den sozialen Diensten und psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen sowie mit Kollegen anderer Fachdisziplinen, besonders praktischen Ärzten sowie Ärzten für Allgemeinmedizin, ist zu fördern und zu verbessern.
3. Die Mitarbeit von sozialtherapeutischem Personal (Sozialarbeiter) und verwandten Berufen in der Praxis des niedergelassenen Nervenarztes sollte durch entsprechende Regelungen ermöglicht werden.
4. Die Kooperation von Ärzten gleicher und auch verschiedener Fachrichtungen in Gruppenpraxen oder Praxisgemeinschaften unter Einschluß „klinischer Psychologen" ist zu intensivieren.

3.2.2 Ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Instiutionen (s. B. 3.3.2.2)

Die in der Bundesrepublik Deutschland bestehende Trennung zwischen Behandlung im stationären und ambulanten Sektor wird im speziellen Bereich einer gemeindeorientierten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zunehmend als gravierender Mangel empfunden. Die beiden Behandlungssektoren ergänzen sich unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht zu einem Gesamtsystem, in welchem der Bedarf an notwendiger Behandlungsleistung voll abgedeckt ist. Ein Teil psychisch Kranker und Behinderter ist demzufolge vor allem auf dem Gebiet der Nachsorge quantitativ und qualitativ unzureichend oder überhaupt nicht versorgt.

Die Sachverständigen-Kommission hält es daher für erforderlich, daß

— die offenkundige Lücke in der ambulanten Versorgung eines Teils der psychisch Kranken durch ambulante Aktivitäten, die von den stationären psychiatrischen Einrichtungen ausgehen, gefüllt wird;

— ambulante Aktivitäten dieser Art einen ausgesprochen aktiv nachgehenden, aufsuchend-ambulanten Charakter haben müssen.

Dem ambulanten Dienst an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen sollen insbesondere folgende Aufgaben zufallen:

1. Nachsorge und weitere Maßnahmen der Rehabilitation;
2. Ambulante Untersuchungen und Behandlungen zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. Verhütung von stationären Aufnahmen;
3. Krisenintervention in Ballungsgebieten (rund um die Uhr), um bei akuten Krisen wie Suicidandrohung, Erregungszuständen etc. vor Ort im Versorgungsgebiet behandelnd und beratend eingreifen zu können;
4. Konsiliarische Behandlung, Beratung und Betreuung bei Einrichtungen, die psychisch Kranke und Behinderte in irgendeiner Form versorgen (z. B. Alters- und Pflegeheime, sonstige Heime etc.).

Die von der Sachverständigen-Kommission geforderten ambulanten Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen sollen nicht etabliert werden, um den niedergelassenen Ärzten Konkurrenz zu machen, sondern um das Gesamtsystem um einen wesentlichen Bestandteil bedarfsgerechter Versorgung zu ergänzen.

3.2.3 Ambulante fachpsychotherapeutische Dienste (B. 4.2.3) *)

Ambulante psychotherapeutische Behandlung findet in den selbständigen Praxen von Fachpsychotherapeuten und in Polikliniken bzw. Ambulanzen statt, welche psychotherapeutisch/psychosomatischen Universitätskliniken, Fachkliniken bzw. Abteilungen oder psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten angegliedert sind.

Zur Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereiches wird empfohlen:

1. Ausbau bereits bestehender und Schaffung neuer psychotherapeutischer Polikliniken,
2. Schaffung von Ambulanzen für Kinder und Jugendliche als Bestandteil psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an Kinderkrankenhäusern und an Weiterbildungsinstituten für Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).

---

*) s. Fußnote zu B.4

In Gebieten ausgeprägter Unterversorgung wird ferner empfohlen, modellhaft ambulante regionale psychosoziale Versorgungseinrichtungen zu fördern. Diesem Versorgungsmodell, das flexibel den örtlichen Bedingungen angepaßt, von verschiedenen Ausgangskernen her entwickelt werden kann, könnten folgende Aufgaben zugewiesen werden:

— psychotherapeutische Beratung, Weiterleitung von psychisch Gestörten und Kranken, in begrenztem Umfange Behandlung, Prävention;

— Kooperation mit praktischen Ärzten bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin, Beratungsstellen, Schulen, Kindergärten, Sozialdiensten, Nachsorgeeinrichtungen etc.;

— psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche sowie Familien.

3.3 Stationäre Dienste

3.3.1 Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen (B. 3.3)

Zur zukünftigen Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung macht die Sachverständigen-Kommission folgende Empfehlungen:

1. Grundtypus der psychiatrischen stationären Versorgung ist das *psychiatrische Behandlungszentrum*. Das psychiatrische Behandlungszentrum kann realisiert werden
   — als *psychiatrische Abteilung* am Allgemeinkrankenhaus,
   — als *psychiatrisches Krankenhaus*.

2. Geeigneten psychiatrischen stationären Krankenhauseinheiten muß ein *Pflichtaufnahmegebiet* zugewiesen werden. Der Umfang der einer Krankenhauseinheit zugewiesenen Versorgungsleistung muß in angemessenem Verhältnis zu deren Größe und der Leistungsfähigkeit ihrer Dienste stehen.

3. Psychiatrische Abteilungen und psychiatrische Krankenhäuser müssen so dimensioniert und strukturiert sein und mit den diagnostischen, therapeutischen, betreuenden und beratenden Diensten des ihnen zugeordneten Standardversorgungsgebietes kooperieren, daß ein Auseinanderfallen der Versorgung in einen Akut- und Chronisch-Kranken-Sektor zum Nachteil beider Patientenkategorien vermieden wird.

4. Psychiatrische Abteilungen sollen, wo immer dies möglich ist, an allgemeinen Krankenhäusern errichtet werden. Die Errichtung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern kann aber nur dann zweckentsprechend vorangetrieben werden, wenn hierbei die Situation der psychiatrischen Versorgung im Standardversorgungsgebiet berücksichtigt wird. Der Aufbau der Versorgung ist derart vorzunehmen, daß sich die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus in das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung eines Standardversorgungsgebietes *sinnvoll einfügt*.

5. Die Bettenkapazität der psychiatrischen Abteilung ist vom Bedarf und der Verteilung therapeutischer, betreuender und rehabilitativer Angebote im Standardversorgungsgebiet abhängig. Als Richtgröße empfiehlt die Sachverständigen-Kommission rd. *200 Betten*.

6. Die geforderte Einfügung der psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus in die umfassende Versorgung eines Standardversorgungsgebietes muß wirkungsvoll *sichergestellt* werden.

7. Psychiatrische Krankenhäuser können zur Deckung des Bedarfs in funktioneller Zuordnung, aber räumlich getrennt — z. B. in der nächstgelegenen Stadt — selbst psychiatrische Abteilungen betreiben (Satellitenmodell).

8. Nicht überall läßt sich der Aufbau einer bedarfsgerechten umfassenden Versorgung mit der Anbindung einer psychiatrischen Abteilung am allgemeinen Krankenhaus verwirklichen. Deswegen muß dort, wo dies nicht anders möglich ist, die Errichtung eines *psychiatrischen Krankenhauses* ins Auge gefaßt werden, obgleich hierbei Nachteile für eine enge Verbindung der Psychiatrie mit der Allgemeinmedizin in Kauf zu nehmen sind. Die Gesamtbettenzahl des in der Regel wirtschaftlich und ärztlich selbständigen Krankenhauses soll im Rahmen wirtschaftlich vertretbarer Dimensionen *500 bis 600* nicht übersteigen.

9. Selbständige psychiatrische Krankenhäuser sollen so gegliedert sein, daß sie alle Kategorien von psychisch Gestörten in den dafür erforderlichen Abteilungen und Sondereinrichtungen versorgen, soweit diese nicht auf diagnostische, therapeutische oder rehabilitative Spezialeinrichtungen im übergeordneten Versorgungsgebiet angewiesen sind.

10. Bei der Neugründung von psychiatrischen Behandlungszentren sollte darauf Wert gelegt werden, daß nur solche *Teilbereiche* (Abteilungen) gebildet werden, die eine gewisse oder eindeutige Selbständigkeit innerhalb der Psychiatrie erreicht haben. Dies sind:
    — die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung,
    — die gerontopsychiatrische Versorgung,
    — die Versorgung Suchtkranker,
    — die Versorgung psychisch kranker Straftäter.

11. Zur Sicherstellung der umfassenden Versorgung erscheint es notwendig, eine *Intensivstation* in den psychiatrischen Krankenhäusern vorzuhalten.

12. Selbständige *neurologische Abteilungen* von mindestens 40 bis 60 Betten sollten immer dann einem psychiatrischen Behandlungszentrum angegliedert werden, wenn der Bedarf im Versorgungsgebiet dies eindeutig erforderlich macht.

13. Es ist wünschenswert, daß die psychiatrischen Behandlungszentren *psychotherapeutische Abteilungen* einrichten. Das Schwergewicht solcher Abteilungen soll ganz überwiegend auf der Wahrnehmung von Tätigkeiten im Sektor der äußeren und inneren Ambulanz liegen.

3.3.2 Therapeutisches Milieu in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen
(B. 3.1.2.6.2)

Die Bereitstellung bedarfsgerechter Krankenhauseinrichtungen allein reicht nicht aus, den Bedürfnissen psychisch Kranker und Behinderter während ihrer Hospitalisierung gerecht zu werden und die Möglichkeiten moderner psychiatrischer Behandlung auszuschöpfen.

Die Sachverständigen-Kommission sieht in einem ausreichenden Standard zur Befriedigung humanitärer Bedürfnisse eine Grundforderung (s. G 1). Ein eigener Bereich für das persönliche Eigentum und persönliche Kleidung muß eine Selbstverständlichkeit werden. Da ein großer Teil der Patienten nicht bettlägerig ist, muß auch eine ausreichende Zahl wohnlich ausgestatteter Aufenthalts- und Gruppenräume vorhanden sein. Psychiatrische Stationen sollten — soweit wie irgend möglich — offen geführt werden. Die Patienten sollten sich innerhalb des Krankenhauses und möglichst auch außerhalb bewegen und ihre Angehörigen empfangen können. Auch sollten psychiatrische Stationen so konzipiert werden, daß eine gemischt-geschlechtliche Unterbringung möglich wird.

Von ganz entscheidender Bedeutung in Therapie und Rehabilitation psychisch Kranker ist die Ablösung des kustodialen und die Patienten passivierenden Stils durch ein von den Patienten aktiv mitgetragenes therapeutisches Programm. Dieses besteht innerhalb einer sinnvollen Gliederung des Tagesablaufs in einem reichhaltigen Angebot vor allem an gruppen-, beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Veranstaltungen, an Sport- und Freizeitmöglichkeiten und an anderen kommunikationsfördernden Aktivitäten, die auf der Station oder in hierfür zu schaffenden zentralen Einrichtungen angeboten werden. Dabei bilden die stetige Zusammenarbeit der Patienten untereinander und mit den therapeutischen Mitarbeitern sowie die Möglichkeit ihrer gemeinsamen Mitwirkung am Tagesablauf ein wesentliches Moment kommunikativen und sozialen Trainings.

Die Gestaltung eines therapeutischen Milieus und eines zeitgemäßen therapeutischen Stils sind unverzichtbare Elemente der psychiatrischen Behandlung. Sorgfältige Untersuchungen haben gezeigt, daß durch gezielte Veränderungen im Sinne der angeführten Gesichtspunkte die Zahl und der Schweregrad vor allem solcher Behinderungen, die bisher durch die Institution selbst hervorgerufen wurden, deutlich abnimmt.

Auch die Zusammenarbeit der in den psychiatrischen Einrichtungen tätigen Berufsgruppen wird zur Verwirklichung dieser Ziele enger als bisher sein und in regelmäßigen Besprechungen ihren Ausdruck finden. Der Arzt wird hierbei einige seiner traditionellen Funktionen an andere Mitarbeiter, z. B. Schwestern und Pfleger, Sozialarbeiter, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten etc. abgeben können. Der Patient selbst wird in einem solchen System allseitiger Zusammenarbeit nicht mehr lediglich als passives Objekt, sondern als Beteiligter angesehen werden, der in die Lage versetzt wird, die Gestaltung seines Lebens aktiv und selbstverantwortlich im Rahmen des Möglichen mit in die Hand zu nehmen.

3.3.3 Patientenanwalt und Fachbeirat
(s. B. 3.1.2.6.4; B. 3.1.2.6.5)

1. Es erscheint geboten, die Institution des *Patientenanwalts* durch entsprechende Gesetzgebung zu schaffen. Der Patientenanwalt hat die Funktion einer unabhängigen Appellationsstelle für stationär untergebrachte Kranke und Behinderte jedweder Art.

2. Ferner wird in Weiterentwicklung der sogenannten Begehungskommissionen, welche es in einzelnen Bundesländern bereits gibt, und in Anlehnung an ausländische Vorbilder ein unabhängiger Fachbeirat empfohlen, der für die psychiatrischen Krankenhaus- und die Behinderteneinrichtungen zuständig ist. Der Fachbeirat ist bei der Landesregierung zu verankern. Der Kontrollbeirat soll neben seiner allgemeinen Überwachungsfunktion in den Krankenhaus- und Behinderteneinrichtungen und ihren Teilbereichen auch beratende Aufgaben wahrnehmen.

3.3.4 Stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen (s. B. 4.2.4) *)

Wenngleich der Schwerpunkt der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung im ambulanten Bereich liegt, sind darüber hinaus psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen und Krankenhäuser für bestimmte Patientengruppen erforderlich. Dabei wird der stufenweise Aufbau einer differenzierten stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung, die je nach der Struktur der einzelnen Einrichtungen unterschiedliche Aufgaben erfüllen kann, angestrebt. Die stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Einrichtungen sollen in der Regel mit einer Ambulanz kombiniert werden.

Vorrangig wird im einzelnen folgendes empfohlen:

1. Angliederung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an psychiatrische Fachkrankenhäuser und Krankenhäuser der Haupt- und Schwerpunktversorgung mit innerer und äußerer Ambulanz.

2. Der Ausbau bestehender und bedarfsgerechte Schaffung neuer eigenständiger psychotherapeutisch/psychosomatischer Krankenhäuser.

In weiteren Schritten einer langfristigen Verwirklichung wird ferner empfohlen:

*) s. Fußnote zu B.4

3. Die Angliederung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an Rehabilitationskrankenhäuser.

4. Die Angliederung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an Kinderkrankenhäuser.

5. Die Einrichtung von psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen an Universitäten und Weiterbildungsinstituten.

6. Die Einrichtung kleiner psychotherapeutisch/psychosomatischer Kliniken mit ca. 50 Betten als Spezialkliniken für besondere Patientengruppen.

7. Die Neueinrichtung selbständiger psychotherapeutisch/psychosomatischer Krankenhäuser für Kinder und Jugendliche.

3.4 Halbstationäre Dienste (s. B. 3.3)

Halbstationäre Einrichtungen (Tages- und Nachtkliniken) sind als wichtige Glieder der Behandlungskette wesentliche Bestandteile des Versorgungssystems. Sie sind eine entscheidende Voraussetzung für die gestufte Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt daher, den Aufbau und Ausbau halbstationärer Dienste, wo immer möglich, in Angriff zu nehmen oder zu fördern.

3.4.1 Tageskliniken (s. B. 3.3.3)

1. Die Tagesklinik ist eine halbstationäre Einrichtung zur Behandlung vorwiegend akut oder subakut psychisch Kranker mit ausreichend stabilem sozialen Hintergrund, die sich für eine begrenzte Zeit nur tagsüber dort aufhalten, während sie den Abend und die Nacht im gewohnten häuslichen Milieu verbringen.

2. Tageskliniken müssen über die gleichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wie vollstationäre psychiatrische Krankenhauseinrichtungen verfügen und unterscheiden sich von diesen vorwiegend durch die geringe Kapazität und ihren halbstationären Charakter. Sie sollten an selbständige psychiatrische Behandlungszentren oder an die psychiatrische Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses angegliedert sein.

3. Bedarf und Größe von Tageskliniken hängen in wechselseitiger Bedingtheit von Struktur und Ausbau aller stationären, ambulanten und sonstigen halbstationären Versorgungseinrichtungen ab. Die Größe einer Tagesklinik soll in der Regel bei ca. 20 Plätzen liegen.

4. Die Tagesklinik muß ärztlich geleitet sein. Während der gesamten Anwesenheitszeit ihrer Patienten muß ein Arzt zur Verfügung stehen.

3.4.2 Die Nachtklinik (s. B. 3.3.3)

1. Die Nachtklinik ist eine halbstationäre Einrichtung, in welcher arbeitende psychisch Kranke für begrenzte Dauer wohnen und behandelt werden. Voraussetzung für die Aufnahme in die Nachtklinik ist, daß ihre Entfernung zu dem noch vorhandenen bzw. zu beschaffenden Arbeitsplatz den täglichen Weg ohne Überlastung des Patienten möglich macht.

2. Die Nachtklinik soll funktionell und räumlich mit stationären psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und tagesklinischen Bereichen verbunden sein, damit ein Abfangen von Krisen oder körperlichen Erkrankungen, die den Patienten vorübergehend arbeitsunfähig machen, gewährleistet ist.

3. Für die optimale Größe einer Nachtklinik empfehlen sich 15 bis 20 Betten, damit der Gruppencharakter und die familiäre Atmosphäre gewahrt bleiben.

4. Die Nachtklinik muß ärztlich geleitet sein.

3.5 Komplementäre Dienste (s. B. 3.4)

Die Sachverständigen-Kommission hält es für unerläßlich, daß der Auf- und Ausbau von Einrichtungen zur Versorgung von nicht-krankenhausbedürftigen psychisch Kranken und geistig sowie seelisch Behinderten vorangetrieben wird. Diese Einrichtungen werden als komplementäre Dienste bezeichnet, weil sie das Gesamtversorgungssystem — ambulante, stationäre und halbstationäre Dienste — vervollständigen.

Von dem quantitativen und qualitativen Auf- und Ausbau der Versorgung durch komplementäre Dienste hängt es ab, in welcher zeitlichen Abfolge und in welchem Umfang es gelingen wird, stationäre Behandlungseinrichtungen zu entlasten, insbesondere die psychiatrischen Krankenhäuser auf ihre eigentlichen Aufgaben zurückzuführen, eine gemeindenahe Versorgung zu verwirklichen sowie mittel- und langfristig eine Bettenreduzierung in *allen* stationären Einrichtungen zu erreichen.

3.5.1 Komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung (s. B. 3.4.1)

1. Komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung bestehen aus *Heimen* mit sehr unterschiedlichen Aufgabenstellungen, die sich einerseits aus den verschiedenen Krankheits- und Behinderungsarten und den damit verbundenen notwendigen therapeutischen Maßnahmen, andererseits aus den Altersstrukturen der Bewohner ableiten.

2. In Abhängigkeit von der Art des Heimes dient dieses entweder der vollen sozialen und beruflichen Wiedereingliederung (Übergangsheim) oder der zumindest längerfristigen Ermöglichung optimaler Entfaltungsmöglichkeiten der Patienten in einem beschützenden Rahmen (Wohnheim).

3. Nach vorsichtigen Schätzungen wird der *Gesamtbedarf* am Heimplätzen auf 2,24 Betten je 1 000 Einwohner veranschlagt.

3.5.2 Sonstige komplementäre Dienste (s. B.3.4.2)

Unter der Bezeichnung „sonstige komplementäre Dienste" sind Einrichtungen zusammengefaßt worden, die *beschützende Wohnsituationen, Teilzeithilfen* und therapeutisch strukturierte *Freizeitveranstaltungen* anbieten. Entsprechend der jeweils erfaßten Patientengruppen und Aufgabenstellungen können auch diese Dienste sehr variabel sein.

Im einzelnen handelt es sich um folgende Dienste:

1. Beschützende Wohngruppen und Wohnungen

   Diese Einrichtungen ermöglichen noch nicht ausreichend stabilen psychisch Kranken und Behinderten eine weitgehend normale Wohnsituation,

2. Familienpflege

   Die Aufnahme psychisch Kranker und Behinderter in Pflegefamilien stellt unter geeigneten Bedingungen ein wichtiges Versorgungsinstrument dar,

3. Tagesstätten

   Tagesstätten können in vielen Fällen Dauerunterbringung ersetzen, da sie die Familienangehörigen entlasten,

4. Patientenclubs

   Patientenclubs dienen zur Aktivierung und kommunikativen Stützung und erleichtern die Eingliederung in die Gesellschaft.

3.6 Spezielle rehabilitative Dienste (s. B.3.5)

Die Aufgabe der speziellen rehabilitativen Dienste besteht darin, chronisch Kranken und Gestörten sowie geistig und seelisch Behinderten die Möglichkeit einer gestuften *Rehabilitation am Arbeitsmarkt* zu eröffnen. Ist dieses Ziel bei einem Betroffenen nicht zu erreichen, so bieten diese Dienste einen Arbeitsplatz oder die Gelegenheit zur Erlernung und/oder Ausübung geeigneter Tätigkeiten.

3.6.1 Werkstatt für Behinderte (s. B.3.5.1)

1. Die Sachverständigen-Kommission mißt dem bedarfsgerechten Ausbau eines Netzes gut strukturierter Werkstätten für Behinderte große Bedeutung zu. Sie vertritt hierbei allerdings die Ansicht, daß die Sicherstellung und Finanzierung von Arbeitsplätzen oder Gelegenheiten zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit in beschützenden Werkstätten für *alle rehabilitationsfähigen* Behinderten, unabhängig vom Gesichtspunkt der *wirtschaftlichen Verwertbarkeit* ihrer Arbeitsleistung (siehe § 52 Abs. 3 Schwerbehindertengesetz), gewährleistet werden muß. Eine strikte Grenzziehung zwischen Behinderten, die nach den jetzigen Definitionen des Schwerbehindertengesetzes wirtschaftlich verwertbare Arbeit erbringen können und solchen, die hierzu, wenngleich rehabilitationsfähig, nicht in der Lage sind, birgt die Gefahr, daß ein *weiterer Typ nicht anerkannter Werkstätten* minderer Qualität entsteht. Dieser Gefahr sollte durch Weiterentwicklung der Gesetzgebung entgegengewirkt werden.

2. Die Sachverständigen-Kommission hält es — abweichend von den Grundsätzen zur Konzeption der Werkstatt für Behinderte und den Mindestvoraussetzungen für die vorläufige Anerkennung einer Werkstatt für Behinderte des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (Stand 5. Dezember 1974) — vor allem im Hinblick auf die Erfordernisse rehabilitationsfähiger *seelisch* Behinderter für notwendig, die *begleitenden Dienste* personell umfassender auszustatten.

3. Der Grundsatz, daß in einer Werkstatt *alle Arten* von Behindertengruppen zusammengefaßt werden sollen, zieht nicht die Besonderheiten der seelisch Behinderten in Rechnung.

   Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt daher, daß innerhalb der Werkstatt für Behinderte zumindest *getrennte* Programme für seelisch und geistig Behinderte angeboten werden.

   In Ballungsräumen, in denen ein entsprechend genügender Bedarf an Werkstattplätzen besteht, kann es ferner sinnvoll sein, getrennte Abteilungen innerhalb einer Werkstatt für Behinderte oder überhaupt getrennte Werkstätten für die genannten Gruppen von Behinderten vorzusehen.

4. Bei der Werkstatt-Planung geht man von einem Sofortbedarf an Plätzen in Werkstätten für Behinderte von 1 ‰ der Bevölkerung (davon 0,8 ‰ für geistig Behinderte und 0,2 ‰ für chronisch psychisch Kranke und seelisch Behinderte) aus und rechnet für die nächsten Jahre mit einer jährlichen Zuwachsrate von etwa 0,1 ‰. In der Ausbauphase der Werkstätten sind jährliche Bedarfsanalysen erforderlich, um den tatsächlichen Bedürfnissen entsprechen zu können.

3.6.2 Beschützende Arbeitsplätze (s. B.3.5.2)

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt die Legalisierung beschützender Arbeitsplätze. Beschützende Arbeitsplätze sollen in vermehrtem Umfang von Betrieben der freien Wirtschaft zur Verfügung gestellt werden. Sie dienen der Belastungserprobung und der stufenweisen Eingliederung Behinderter in das Arbeitsleben. Es erscheint dabei sinnvoll, wenn Werkstätten für Behinderte über derartige beschützende Arbeitsplätze in nahe gelegenen Betrieben verfügen, auf denen der berufliche Eingliederungsprozeß fortgeführt werden kann.

3.6.3 Behindertenzentren (s. B.3.6)

1. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt, wo immer dies geeignet erscheint, die Zusammenfassung eines Teils der komplementären Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung zu Behindertenzentren. Behindertenzentren sind selbständige Einheiten auf der Ebene übergeordneter Versorgungsgebiete mit Siedlungscharakter. Sie dienen zur Versorgung und För-

derung von seelisch, geistig und Mehrfachbehinderten, die einer langfristigen stationären Unterbringung bedürfen.

Behindertenzentren sollen mindestens 200, höchstens 400 Betten umfassen.

2. Die Sachverständigen-Kommission sieht in der Errichtung von Behindertenzentren eine Reihe von Vorteilen. Dabei wurden Erfahrungen bereits bestehender ähnlicher Einrichtungen berücksichtigt:

   a) Behindertenzentren bieten den Behinderten einen größeren Bewegungsraum. Hierdurch wird vor allem Schwerstbehinderten vermehrt Schutz sowie Entfaltungs- und Selbstverwirklichungsmöglichkeit gewährt.

   b) Das Miteinanderleben von Schwerstbehinderten und gesunden Mitarbeitern in einem kleinen Gemeinwesen wirkt sich auf die Behandlung und Rehabilitation der Betroffenen günstig aus.

   c) Fortbildungsangebote und berufsbegleitende Maßnahmen für Mitarbeiter sind besser zu verwirklichen. Dadurch wird die Arbeit mit Schwerst- und Mehrfachbehinderten attraktiver.

   d) Einrichtungen dieser Größenordnung sind wirtschaftlich zu betreiben.

3.7 Dienste für besondere Altersgruppen (s. B.3.7)

3.7.1 Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher (s. B.3.7.1)

Zur Verbesserung und Neuordnung der Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher empfiehlt die Sachverständigen-Kommission folgendes:

1. Die zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher erforderlichen Dienste sind unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu Trägern und Verwaltungen zu Verbundsystemen zusammenzufassen. Diese sollen eine bedarfsgerechte Organisation und eine unmittelbare Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen sichern. Um die von den Entwicklungsphasen und Problembereichen her notwendige Differenzierung der Dienste zu ermöglichen, ist ein solches Verbundsystem für jeweils zwei Standardversorgungsgebiete vorzusehen.

2. Im ambulanten Zugangs- und Behandlungsbereich soll die Versorgung vor allem von den bisherigen Erziehungsberatungsstellen wahrgenommen werden. Als Beratungsstellen für Kinder, Eltern und Familien sind sie deswegen vordringlich in einem solchen Umfang einzurichten und auszubauen, daß für 50 000 Einwohner eine vollständige, multidisziplinär besetzte Arbeitsgruppe (Psychologen, Arzt, Psychagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen) vorhanden ist.

3. In das Verbundsystem einzubeziehen sind die Bildungseinrichtungen und teilstationären Betreuungseinrichtungen für geistig und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (Frühförderungseinrichtungen, Sonderkindergärten, Sondervorschulen, Sonderschulen, Tagesstätten).

4. Für Kinder und Jugendliche, bei denen nach Art ihrer psychischen Störung, dem Ausmaß ihrer Behinderung oder wegen der in ihrer Umgebung vorhandenen Bedingungen eine ambulante Versorgung nicht ausreicht, sollen innerhalb des Versorgungsgebietes Tagesstätten bzw. Tageskliniken, 5-Tage-Heime oder Vollheime mit differenzierten Aufgaben zur Verfügung stehen. Abgesehen davon, daß sie in die Zusammenarbeit des Verbundsystems einbezogen sind, können sie auch unmittelbar mit einer oder mehreren Beratungsstellen verbunden sein. Ferner werden Heime für behinderte Kinder und Jugendliche benötigt, deren längerfristige stationäre Unterbringung, soweit sie in erster Linie spezieller pädagogischer Förderung bedürfen, im jeweiligen Versorgungsgebiet erfolgen sollte.

5. Für Jugendliche in Konflikt- und Krisensituationen, mit dissozialem Verhalten und mit Drogenmißbrauch sollen, um andere Maßnahmen möglichst zu vermeiden, innerhalb des Verbundsystems und möglichst im Zusammenhang mit Beratungsstellen, die einen entsprechenden Schwerpunkt haben, Tagesstätten (Tageskliniken), Wohnheime und Wohngruppen eingerichtet werden.

6. Zentrale ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Dienste sollen die übrigen Einrichtungen des Verbundsystems dadurch unterstützen, daß sie ihnen den unmittelbaren Rückgriff auf spezielle kinder- und jugendpsychiatrische, neuropädiatrische, medizinisch-technische und psychologische Diagnostik ermöglichen und sie durch kurz- und mittelfristige stationäre Untersuchung und Behandlung, sowie durch längerfristige spezielle stationäre Versorgung ergänzen.

   Es wird empfohlen, sie zu Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammenzufassen mit einer Ambulanz, einem Bereich für stationäre Diagnostik, kurz- und mittelfristige stationäre Behandlung, sowie einem davon räumlich getrennten Bereich für die längerfristige stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychosen, Mehrfachbehinderungen sowie neuropsychiatrischen Komplikationen bei geistigen Behinderungen. Für jedes Verbundsystem (zwei Standardversorgungsgebiete) ist ein derartiges Zentrum vorzusehen. Es kann als völlig selbständiges Fachkrankenhaus, oder — sofern fachlich unabhängig und baulich getrennt — in organisatorischem Zusammenhang mit einem Allgemeinkrankenhaus, einem psychiatrischen oder pädiatrischen Fachkrankenhaus eingerichtet werden.

7. Für eine Reihe von besonderen Aufgaben (stationäre Psychotherapie, überwachungsbedürftige

psychisch kranke Kinder und Jugendliche, epilepsiekranke Kinder und Jugendliche, schädelhirnverletzte Kinder und Jugendliche) sind überregionale Einrichtungen erforderlich, die möglichst mit Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie verbunden werden, um spezielle diagnostische und therapeutische Möglichkeiten gemeinsam nutzen zu können.

8. Der Umfang der Weiterbildungsmöglichkeiten, insbesondere zum

   — Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

   — Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)

   — Fachpsychologen für klinische Psychologie

   muß vergrößert werden.

3.7.2 Versorgung psychisch kranker alter Menschen
(s. B.3.7.2)

Während einige andere Diagnose-Kategorien abgenommen haben, ist der Anteil der Alterspsychosen unter den Aufnahmen in den psychiatrischen Krankenhäusern der Bundesrepublik erheblich angestiegen. Zur besseren Versorgung dieser Patienten empfiehlt die Sachverständigen-Kommission:

1. An den psychiatrischen Behandlungszentren sind eigenständige gerontopsychiatrische Funktionseinheiten einzurichten.

2. Da im höheren Lebensalter körperliche und psychische Erkrankungen häufig nebeneinander bestehen und die Verzahnung der psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Versorgung daher für alte Menschen besonders wichtig ist, müßten auch an den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern gerontopsychiatrische Pflegeeinheiten geschaffen werden.

3. Ein wichtiger Bestandteil der stationären gerontopsychiatrischen Funktionseinheiten sollte eine sogenannte „Assessment-Unit" sein. Es handelt sich dabei um eine Station, auf der Patienten nur kurzfristig aufgenommen werden, um — soweit dies nicht ambulant möglich ist — aufgrund einer frühzeitigen multiprofessionellen Diagnose eine Entscheidung darüber herbeizuführen, welche Dienste und Einrichtungen ihren Bedürfnissen am besten gerecht werden und um gegebenenfalls erste therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

4. Wo immer möglich, sollten gerontopsychiatrische Tageskliniken eingerichtet werden. Solche Institutionen erlauben gründliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen, ohne daß der alte Patient aus seiner vertrauten Umgebung herausgerissen werden muß. Gleichzeitig werden hierdurch die Familien vorübergehend entlastet, welche die Pflege und Betreuung ihrer erkrankten Angehörigen noch selbst übernehmen.

5. Das Schwergewicht der psychiatrischen Versorgung muß gerade bei Patienten im höheren Lebensalter auf dem ambulanten Bereich liegen. Es wird die Einrichtung gerontopsychiatrischer Polikliniken empfohlen, die gemeinsam mit den niedergelassenen Nervenärzten und in enger Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten — vor allem den Einrichtungen der offenen Altenhilfe — in dem jeweiligen Standardversorgungsgebiet Aufgaben der Beratung, Behandlung und Prävention übernehmen.

6. Wo immer dies möglich ist, soll eine alterspsychiatrische Poliklinik mit einer Tagesklinik und einer „Assessment-Unit" zu einem gerontopsychiatrischen Zentrum zusammengeschlossen werden. Dieses Zentrum stellt also eine organisatorische Zusammenfassung dreier für die gerontopsychiatrische Versorgung besonders wichtiger Dienste dar.

7. Die Einrichtungen der Altenhilfe bilden einen wesentlichen Bestandteil des gerontopsychiatrischen Versorgungssystems. Die größte Bedeutung kommt dabei dem Altenkrankenheim/-pflegeheim zu. Durch Ausbau und Strukturveränderung bereits bestehender und Errichtung neuer Altenkranken- und -pflegeheime soll in Zukunft die Überfüllung psychiatrischer Landeskrankenhäuser mit psychisch Alterskranken möglichst vermieden werden. Solche Maßnahmen bedürfen aber der sorgfältigen Planung und der behutsamen Durchführung, da sich die Situation psychisch kranker alter Menschen durch eine Strategie der forcierten Ausgliederung aus dem psychiatrischen Krankenhaus und durch überstürzte Verlegungen in ungeeignete Heime unter Umständen erheblich verschlechtern kann.

8. Um die Arbeit der von den verschiedenen Trägern angebotenen Dienste der Altenhilfe besser zu koordinieren, sollten in den Standardversorgungsgebieten Arbeitsgemeinschaften der beteiligten Träger und Einrichtungen gebildet werden. Zwischen diesen Arbeitsgemeinschaften und den für eine multiprofessionelle Diagnostik zuständigen gerontopsychiatrischen Einrichtungen (Poliklinik, Assessment-Unit) sollen bindende Vereinbarungen auf freiwilliger Basis getroffen werden, um eine sachgerechte Placierung der Patienten in den Einrichtungen zu ermöglichen, welche ihren Bedürfnissen am besten entsprechen.

9. Die Verbesserung der alterspsychiatrischen Versorgung hängt entscheidend von einer Intensivierung von Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen für alle an der Betreuung alter Menschen beteiligten Berufsgruppen ab. Erforderlich ist die Einführung eines Facharztes für Geriatrie.

10. Zumindest an einigen psychiatrischen Universitätskliniken sollten gerontopsychiatrische Abteilungen geschaffen werden, um die studentische Ausbildung und die Facharztweiterbildung auf dem Gebiet der Alterspsychiatrie zu

verbessern, vor allem aber, um günstigere Voraussetzungen für die gerontopsychiatrische Forschung zu schaffen.

3.8 Dienste für spezielle Patientengruppen (s. B.3.9)

3.8.1 Suchtkranke (s. B.3.9.1)

Innerhalb der letzten Jahre sind die Aufnahmeziffern von Alkoholkranken in psychiatrischen Landeskrankenhäusern um ein Vielfaches gestiegen. Die Aufnahmen wegen Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit stehen in den meisten psychiatrischen Krankenhäusern mit etwa 30 % der Gesamtaufnahmen an der Spitze sämtlicher Diagnosekategorien. Die Zahl der Alkoholdelirien in den gleichen Institutionen hat innerhalb weniger Jahre um etwa 700 % zugenommen.

Die Gefahr des Drogenmißbrauchs und der Drogenabhängigkeit in der Bundesrepublik hat in den letzten Jahren nicht an Aktualität verloren. Nachgelassen hat nur der Probier- und Gelegenheitskonsum. Dagegen hat der harte Kern derjenigen, die bereits abhängig sind oder wegen eines Mißbrauchs als schwer suchtgefährdet bezeichnet werden müßten, eher zugenommen. Dies gilt auch für den gleichzeitigen süchtigen Gebrauch verschiedener Drogen. Bedeutsam ist ferner das Anwachsen des kombinierten Gebrauchs von Rauschmitteln mit Alkohol.

Zur Verbesserung der Versorgung empfiehlt die Kommission:

1. Der Schwerpunkt bei der Behandlung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit liegt heute auf der ambulanten Betreuung. Bei der Versorgung von Abhängigen soll daher in Zukunft eine gemeindenahe Fachambulanz die wichtigste Rolle spielen. Diese Ambulanz steht in engem Kontakt mit allen anderen Trägern der nichtstationären Suchtkrankendienste, vor allem niedergelassenen Ärzten, öffentlichen und privaten Beratungsstellen sowie Selbsthilfeorganisationen.
2. Aus der Sicht der Suchtkrankenbetreuung ist eine Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser vor allem deshalb wünschenswert, weil durch eine psychiatrische Betreuung internistischer Patienten manche Fälle einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit früher als bisher erkannt und psychiatrisch behandelt werden könnten.
3. Die stationäre Behandlung von Abhängigen soll in Suchtkliniken oder Suchtfachabteilungen von Landeskrankenhäusern oder psychiatrischen Behandlungszentren erfolgen. Hierbei soll es sich um offene, nur fakultativ in Teilbereichen geschlossene Einrichtungen mit einer Kapazität von etwa 80 Betten handeln. Die Dauer des Aufenthaltes in solchen stationären Behandlungseinrichtungen kann in der Regel nicht für alle Patienten von vornherein einheitlich festgelegt werden.
4. Trotz der Behandlungserfolge, die heute bei der Suchtkrankenbetreuung erzielt werden können, ist nach wie vor damit zu rechnen, daß eine nicht unbeträchtliche Zahl von Alkoholkranken und Drogenabhängigen auf längere Sicht behandlungsunwillig und nicht rehabilitationsfähig ist. Da es sich hierbei häufig um Patienten mit hochgradigen Verwahrlosungserscheinungen und erheblichen körperlichen oder psychischen Schäden handelt, ist eine Unterbringung dieser Kranken unter geschlossenen Bedingungen oft nicht zu vermeiden. Hierfür sind vor allem geschlossene Pflegeheime sowie — für eine geringere Zahl von Kranken — geschlossene Stationen psychiatrischer Krankenhäuser erforderlich. Die Behandlung dieser Langzeitpatienten sollte nach Möglichkeit zu dem Aufgabenbereich der gleichen Mitarbeiter gehören, die auch für die Betreuung von Alkohol- und Drogenabhängigen in Suchtkliniken und Suchtfachabteilungen zuständig sind.

3.8.2 Suicidgefährdete (s. B.3.9.2)

In der Bundesrepublik Deutschland starben im Jahre 1959 insgesamt 9 888 Personen durch Suicid. Im Jahre 1971 waren es 12 838. Die Selbstmordziffer (Zahl der Suicide pro 100 000 Einwohner) ist seit 1951 von 18,5 auf 21,0 im Jahre 1971 angestiegen.

Die Zahl der Selbstmordversuche liegt wesentlich höher; sie läßt sich nur schätzen. Nach derartigen Schätzungen muß damit gerechnet werden, daß in der Bundesrepublik Deutschland mindestens 100 000 Selbstmordversuche pro Jahr vorgenommen werden.

Die für das Problem der Suicidgefährdung wesentlichen präventiven Maßnahmen liegen im Argen. Das betrifft sowohl die Primärprävention, die Früherkennung und die vorbeugende Behandlung, als auch die Therapie und Nachbehandlung von Suicidgefährdeten zur Vermeidung weiterer Suicidhandlungen.

3.8.3 Psychisch kranke Straftäter (s. B.3.9.3)

Die Sachverständigen-Kommission hat sich — im Gegensatz zu ihrer ursprünglichen, im Zwischenbericht festgehaltenen Meinung — die Auffassung zu eigen gemacht, daß die Unterbringung und Behandlung psychisch kranker Straftäter im Rahmen des Maßregelvollzuges prinzipiell in den allgemeinen Zuständigkeitsbereich der psychiatrischen Versorgung gehört. Für die Neuordnung dieses Bereichs gibt die Kommission folgende Empfehlungen:

1. Bei einem Teil der straffällig gewordenen psychisch Kranken handelt es sich um erheblich verhaltensgestörte, manifest oder latent gefährliche und daher besonders sicherungsbedürftige Patienten. Für ihre Unterbringung sind überregionale Sondereinrichtungen erforderlich. Als beste Lösung erscheint unter den heutigen Verhältnissen, solche Einrichtungen institutionell und administrativ an einzelne psychiatrische Krankenhäuser anzugliedern. Dabei sollte eine enge räumliche Nachbarschaft angestrebt werden. Dagegen ist die Einrichtung gesicherter

Häuser innerhalb des Krankenhauskomplexes in jedem Falle zu vermeiden.

2. Das therapeutische Angebot für straffällig gewordene psychisch Kranke muß erheblich erweitert werden. Hierzu sind personelle und bauliche Investitionen größeren Umfanges erforderlich. Die Justizbehörden müssen sich daher mehr als bisher an den Kosten beteiligen.

3. Die Betreuung psychiatrisch kranker Straftäter vollzieht sich für das Personal unter schwierigen Arbeitsbedingungen, großen emotionalen Belastungen und besonderen Gefährdungen. Deshalb ist die Schaffung eines einheitlichen Systems von tariflichen Zulagen für die Mitarbeiter solcher Einrichtungen erforderlich.

4. Die Sachverständigen-Kommission begrüßt die geplante Einrichtung sozialtherapeutischer Anstalten. Es ist aber zu befürchten, daß der Aufbau einer ausreichenden Zahl von sozialtherapeutischen Anstalten noch viele Jahre in Anspruch nimmt und daß bis dahin, bei erkennbarer Behandlungsbedürftigkeit von an sich schuldfähigen Straftätern, vermehrt auf die Teilexkulpierung und die Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten zurückgegriffen wird. Einer solchen Entwicklung wären die psychiatrischen Krankenhäuser nicht gewachsen.

3.8.4 Epilepsie-Kranke (s. B. 3.9.4)

5 % aller Menschen erleiden mindestens einmal im Laufe des Lebens einen epileptischen Anfall. 0,5 bis 0,6 ‰ leiden unter einer chronischen Epilepsie, d. h., daß in der Bundesrepublik Deutschland mit ca. 340 000 Kranken gerechnet werden muß, von denen etwa 115 000 unter 16 Jahre alt sind.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt zur Verbesserung der Versorgung von Epilepsie-Kranken an Spezialeinrichtungen

1. auf etwa 1,2 Millionen Einwohner je eine Epilepsie-Ambulanz für Erwachsene und Kinder,

2. auf etwa 7,5 Millionen Einwohner je eine Epilepsie-Abteilung für Erwachsene und Kinder,

3. Vier Epilepsie-Zentren für Erwachsene und vier weitere für Kinder.

Längerfristig oder auch auf Dauer versorgungsbedürftige Epilepsie-Kranke sollen als seelisch, geistig oder Mehrfachbehinderte in den entsprechenden komplementären Diensten (Wohnheime, Behindertenzentren etc.) versorgt werden.

3.8.5 Hirnverletzte (s. B.3.9.5)

Nach Schätzungen kann davon ausgegangen werden, daß etwa 10 000 Menschen in der Bundesrepublik Deutschland jährlich schwere Hirnverletzungen erleiden, die sie überleben und die einer Rehabilitationsbehandlung bedürfen.

Zur Verbesserung der Versorgung der Hirnverletzten empfiehlt die Sachverständigen-Kommission:

1. Vereinheitlichung des Rettungswesens und Vermehrung der neurochirurgischen Abteilungen.

2. Einrichtung von Rehabilitationsabteilungen, die in das Krankenhaus integriert sind (Frührehabilitation).

3. Spezialinstitute für Hirngeschädigte zur Langzeitrehabilitation mit Angeboten der vorberuflichen, berufsbezogenen und berufsbildenden Rehabilitation.

4. Pflegestationen in jedem Großklinikum, das über eine neurochirurgische Abteilung verfügt, besonders für Kranke mit apallischem Syndrom.

3.8.6 Nichtseßhafte (s. B.3.9.6)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Nichtseßhaftenhilfe schätzt die Zahl der Nichtseßhaften auf zur Zeit 70 000. Die Zahl neu hinzukommender Nichtseßhafter stieg in den vergangenen Jahren stetig an. Der Altersdurchschnitt der Nichtseßhaften liegt bei 40 Jahren; 30 bis 45 Jahre alt sind 52 %.

Obwohl gesicherte Erkenntnisse über die Ursachen der Nichtseßhaftigkeit noch nicht vorliegen, dürfte ihr ein komplexer Ursachenkatalog individueller und sozialer Faktoren zugrundeliegen, aus denen Bindungsunfähigkeit, Bindungsstörungen sowie unersetzbare Bindungsverluste resultieren. Ein hoher Anteil psychischer Störungen, Krankheiten und Behinderungen, häufig in Verbindung mit Alkoholismus und Kriminalität, tragen zur sozialen Isolation und dem sozialen Scheitern bei.

Für Nichtseßhafte stehen gegenwärtig ca. 12 500 Plätze in rund 130 Einrichtungen zur Verfügung, von denen jedoch etwa 30 % Alten- und Dauerheimplätze für gebrechliche und pflegebedürftige Personen sind. Völlig unzulänglich ist vor allem der quantitative und qualitative Bestand an kommunalen Obdachlosenunterkünften, die vielfach noch Asylcharakter haben und die Betroffenen sich selbst überlassen.

Um verläßliche Kriterien für die Möglichkeiten therapeutischer Hilfen für die Nichtseßhaften zu gewinnen, sollten Modellversuche im ambulanten und stationären Bereich unternommen werden.

3.9 Versorgung geistig Behinderter (s. B.3.8)

Exakte Angaben über die Zahl geistig Behinderter, d. h. von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, deren geistige Entwicklung durch angeborene oder erworbene Störungen vorübergehend oder auf Dauer hinter der altersgemäßen Norm zurückgeblieben ist, liegen in der Bundesrepublik Deutschland nicht vor. Unter Berücksichtigung der Erfassungsschwierigkeiten wird mit einem Anteil von geistig Behinderten bis zu 8 ‰ pro Geburtenjahrgang gerechnet.

Die Sachverständigen-Kommission vertritt die Ansicht, daß beim Aufbau eines Versorgungssystems für geistig Behinderte folgenden Grundsätzen Rechnung getragen werden muß:

— Die Lebens- und Umweltbedingungen für geistig Behinderte sind so zu gestalten, daß sie, soweit wie möglich, den jeweiligen Gegebenheiten, die für „Normale" gelten, entsprechen. Das gilt auch für die Beziehung der Geschlechter zueinander.

— Die geistig Behinderten sollen im Bereich der vorschulischen, schulischen und beruflichen Ausbildung, in der Arbeitsausübung und im Wohn- und Freizeitbereich, soweit wie möglich, eingegliedert werden. Dieses erfordert sowohl eine Vermeidung jeglicher Isolierung der Behinderten als auch die Bereitschaft von seiten der Gesunden, Behinderte in ihren Bereich aufzunehmen.

— Die Belange der Behinderten und ihrer Familien müssen stets berücksichtigt werden.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt zur Verbesserung der Versorgung:

1. Die Versorgung *geistig behinderter Kinder und Jugendlicher* deckt sich insbesondere auf den Gebieten der Prävention, der Früherfassung und Frühförderung, der ambulanten und stationären Diagnostik und Therapie mit den Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für diese Alterskategorien ist daher die psychiatrische mit der Versorgung geistig Behinderter zu verbinden.

2. Die Versorgung *erwachsener geistig Behinderter* soll dagegen zukünftig nicht mehr innerhalb psychiatrischer Behandlungszentren stattfinden. Vielmehr sind für diese Alterskategorie besondere Einrichtungen vorzuhalten, in denen neben der Pflege Schwerst- und Mehrfachbehinderter in verstärktem Maße sozial-fürsorgerische, lebenspraktisch-rehabilitative und beschützende Arbeitsmöglichkeiten in den Vordergrund treten.

3. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt den Ausbau der Versorgung geistig Behinderter auf folgenden Gebieten energisch voranzutreiben:

   — Vorsorge und Früherkennung;
   — Sonderkindergärten (einschließlich Hausfrüherziehung), Sondergruppen in Kindergärten;
   — Sonderschulen, Sonderklassen in allgemein bildenden Schulen, Hausunterricht;
   — Werkstätten für Behinderte, Berufsbildungswerke, Förderlehrgänge, beschützende Arbeitsplätze;
   — differenzierte Wohn- und vielfältige Freizeitangebote;
   — Beratungsdienste;
   — Krisenintervention;
   — Einrichtungen für besondere Gruppen (Mehrfachbehinderte, alte geistig Behinderte).

Im Hauptbericht ist die Verteilung von Einrichtungen für geistig Behinderte in einem Standardversorgungsgebiet bzw. übergeordneten Versorgungsgebiet mit entsprechenden Bedarfszahlen angegeben.

3.10 Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geografischen Bereichen (s. B. 5)

1. Standardversorgungsgebiet

Das gemeindenahe Zusammenwirken aller an der Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation psychisch Kranker und seelisch sowie geistig Behinderter beteiligter Personen und Einrichtungen kann nur gewährleistet werden, wenn ihre vielfältig gegliederte Versorgungsleistung auf einen überschaubaren geografischen Bereich bezogen wird.

Die Sachverständigen-Kommission schlägt deshalb vor, Versorgungsgebiete zu bilden, deren Größe zwischen ca. 150 000 und 350 000, in der Regel bei 250 000 Einwohnern liegt. Derartige geografische Bereiche werden als *Standardversorgungsgebiete* bezeichnet.

Die Standardversorgungsgebiete sollten, wo immer dies möglich ist, mit politisch oder natürlich gegebenen Einheiten (wie z. B. Stadtteile, Gemeinden, Kreise, Bezirke) zur Deckung gebracht werden, insbesondere auch deswegen, damit die an die Selbstverwaltungskörperschaften und ggf. die Gesundheitsfachverwaltung geknüpfte übergreifende Koordination und Planung wirksam werden kann.

Kapazität und Gliederung der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen — leicht erreichbaren — Einrichtungen eines Standardversorgungsgebietes sollen sicherstellen, daß alle Einwohner dieses Gebietes, die keiner regional übergeordneten Spezialversorgung bedürfen, dort versorgt werden können.

In einer summarischen Übersicht lassen sich die Angebote für Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation in einem Standardversorgungsgebiet zusammengefaßt darstellen (s. Abbildung, S. 29).

Nähere Einzelheiten, vor allem auch die funktionelle Verzahnung der einzelnen Dienste untereinander, sind den jeweiligen Kapiteln des Berichtes zu entnehmen.

2. Übergeordnetes Versorgungsgebiet

Übergeordnete Versorgungsgebiete setzen sich aus mehreren Standardversorgungsgebieten zusammen. Auf dieser Versorgungsebene stehen Einrichtungen zur Verfügung, die infolge ihrer Kapazität und/oder ihres Spezialisierungsgrades auf einen größeren Bevölkerungssektor bezogen werden müssen.

Folgende Einrichtungen sind der übergeordneten Versorgung zuzuordnen:

— psychiatrische Krankenhäuser (mit 500 bis 600 Betten),

— selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser,

— psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an größeren Kurkliniken, Rehabilitations- und Kinderkrankenhäusern (langfristig geplant),

— selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser für Kinder und Jugendliche,

Angebote in einem Standardversorgungsgebiet

Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

Allgemeine professionelle und nichtprofessionelle Beratung in den Bereichen:

Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherung, Sozialarbeit

Beratungsstellen

praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

psychosoziale Kontaktstellen

Fachärzte anderer Disziplinen

Ambulante Dienste

niedergelassene Nervenärzte

niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten

Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern

niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten)

Ambulante Dienste an Krankenhaus-einrichtungen	*Halbstationäre Dienste*	*Stationäre Dienste*	*Komplementäre Dienste*	*Spezielle rehabilitative Dienste*	*Dienste für Behinderte*
ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungs-zentren	Tageskliniken und Nachtkliniken	psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkranken-häusern	Übergangsheime	Werkstätten für Behinderte	Einrichtung zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung
psychotherapeu-tisch/psychosoma-tische Polikliniken	Tageskliniken und Nachtkliniken für besondere Patientengruppen	psychotherapeu-tisch/psychosoma-tische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemein-krankenhäusern	Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen	Beschützende Arbeitsplätze	Sonderkinder-gärten
Fachambulanzen		gerontopsychia-trische Abteilung	Beschützende Wohngruppen und Wohnungen		Sonderschulen
		Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen	Familienpflege		Sonderklassen
			Tagesstätten		Wohnangebote
			Patientenclubs		Bildungs-, Freizeit- und Erholungs-stätten
			Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfach-behinderte		

KOORDINATION — Psychosozialer Ausschuß / Kooperation der Träger / Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft — PLANUNG

— psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken für Kinder und Jugendliche,

— teilstationäre und stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit besonderen Angeboten an Psychotherapie, Sonderpädagogik und Sozialpädagogik,

— Einrichtungen für Jugendliche in Konfliktsituationen, mit dissozialem Verhalten usw.,

— teilstationäre und stationäre Einrichtungen für behinderte Kinder und Jugendliche,

— Suchtkliniken,

— Suchtfachabteilungen,

— Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

— Behindertenzentren,

— Epilepsiezentren, Epilepsieabteilungen, Epilepsieambulanzen,

— Zentren für Risikokinder,

— Spezialinstitute zur Rehabilitation von Hirnverletzten,

— Einrichtungen für psychisch kranke Straftäter,

— Berufsbildungswerke,

— Berufsförderungswerke.

Ferner nehmen an der Versorgung teil:

— psychiatrische Universitätskliniken,

— psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an Universitätskliniken und Weiterbildungsinstituten.

3.11 Koordination und Planung (s. B.6)

Die Sachverständigen-Kommission vertritt nachdrücklich die Ansicht, daß die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als Gesamtsystem wegen ihrer notwendig starken Verflechtung mit anderen medizinischen Disziplinen und nicht-medizinischen Diensten besonders im Sozialbereich nur dann optimiert und in Funktion gehalten werden kann, wenn sie wirksam koordiniert und die Weiterentwicklung mit einer fortlaufenden Planung verbunden wird.

3.11.1 Kommunale Ebene

1. Auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete sollen sich sämtliche in diesem Gebiet tätigen, an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsdienste zu einer *psychosozialen Arbeitsgemeinschaft* zusammenschließen.

   Auch die *Träger* von Einrichtungen und Diensten, die an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligt sind, sollten sich, soweit dies noch nicht geschehen ist, in gleicher Weise in einem Gremium mit koordinativer Aufgabenstellung organisieren.

2. Zur Wahrnehmung der Aufgaben einer übergreifenden Koordination und der Planung im Standardversorgungsgebiet empfiehlt die Sachverständigen-Kommission die Einrichtung eines *psychosozialen Ausschusses* bei den Räten der Kreise und kreisfreien Städte. Im psychosozialen Ausschuß sollten Dienste, Einrichtungen, Leistungsträger, Träger, kommunale Verwaltung und kommunale Parlamentarier vertreten sein. Die dem psychosozialen Ausschuß korrespondierende ausführende Verwaltung wird federführend in der Regel bei den jeweils zuständigen Gesundheitsbehörden der Kreise und kreisfreien Städte liegen.

3.11.2 Ebene der Länder

1. Die Koordinations- und Planungsleistungen der Kreise und kreisfreien Städte müssen auf der Länderebene zusammengefaßt werden, zumal die Planungskompetenz bei den Ländern liegt.

   Es wird daher empfohlen, die teilweise schon bestehenden sogenannten „Psychiatriereferate" bei den jeweils zuständigen Landesministerien zu *Referaten für psychosoziale Versorgung* auszubauen, bzw. entsprechende Referate neu einzurichten.

   Entsprechend den vorgeschlagenen Koordinations- und Organisationsformen auf der Ebene der Kreise und der kreisfreien Städte sollte das Referat, unbeschadet einer klaren verwaltungsorganisatorischen Zuordnung, derart in die Geschäftsbereiche für Gesundheit und Soziales integriert werden, daß eine enge Verzahnung beider Gebiete gewährleistet ist.

2. Das Referat für psychosoziale Versorgung sollte durch den Sachverstand eines *Beirates für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter* Unterstützung finden.

3.11.3 Bundesebene

1. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt eine *Institution auf der Ebene der 11 Bundesländer.* Diese Institution muß über Staatsverträge zwischen den Bundesländern errichtet werden. Ihre Aufgabe besteht im wesentlichen im Einsammeln, Verarbeiten, Auswerten und Veröffentlichen von Daten und Informationen aus dem Gesamtgebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter im Bundesgebiet, in der Fortentwicklung von Erhebungsmethoden und der Gesundheitsstatistik und der Bearbeitung spezieller Aufträge durch die Länderregierungen und die Bundesregierung.

2. Ebenso wie auf der Landesebene hält es die Sachverständigen-Kommission für unabdingbar, daß auch auf der Bundesebene ein Referat im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit für die Gesundheitshilfe für geistig und seelisch gefährdete Kranke und Behinderte einschließlich des Pflegebereiches zuständig ist.

3. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit sollte unverzüglich einen *gemischten Beirat* berufen, dessen primäre Aufgabe es ist, die Verwirklichung der Empfehlungen, welche von der Sachverständigen-Kommission vorgelegt worden sind, zu verfolgen, Ratschläge für die Durchführung von Empfehlungen auszuarbeiten und die Planungskonzepte des Enquete-Berichtes an Veränderungen im Versorgungsfeld anzupassen.

3.12 Aus-, Weiter- und Fortbildung

1. Allgemeine Gesichtspunkte

Wichtigstes Ziel aller Planungen auf dem Gebiet der Aus-, Weiter- und Fortbildung ist es,

a) die Zahl der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen erheblich zu vermehren (s. C. 2.2.1; G.).

b) die Qualität der Bildung für alle Berufsgruppen zu verbessern (s. C. 1 bis C. 4).

Hierzu (s. C. 2) sollen dienen:

1. Die Entwicklung gestufter beruflicher Bildungsmaßnahmen für möglichst viele Berufe. Die verschiedenen Stufen der Bildungsgänge sollen jeweils eine höhere Qualifikation vermitteln, die zur Übernahme verantwortungsvollerer Aufgaben befähigt.

2. Die Ausrichtung der Bildungsgänge an den Bedürfnissen der Praxis und im Hinblick auf spätere koordinierte und integrierte Tätigkeiten der verschiedenen Berufe.

3. Die besonders nachdrückliche Förderung der Fortbildung, die eng an den Bedürfnissen der Praxis orientiert sein muß.

4. Der Ausgleich inhaltlich unausgewogener Bildungsgänge, damit alle in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen trotz unterschiedlicher Akzentuierungen ihrer praktischen Arbeit grundsätzlich in der Lage sind, die Bedeutung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren für die Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten, Störungen und Behinderungen zu würdigen. In diesem Zusammenhang ist besonders zu berücksichtigen, daß in vielen Bereichen des gegenwärtigen Versorgungssystems ein beachtliches Defizit in der Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und der sozialen Aspekte und Auswirkungen psychischer Krankheiten vorliegt.

5. Die Schaffung gemeinsamer interdisziplinärer Anteile der beruflichen Bildung, die jedoch eine Verwischung der berufsspezifischen Schwerpunkte vermeidet.

6. Die vermehrte Berücksichtigung der Schulung des eigenen Verhaltens und der eigenen Einstellung gegenüber den zu betreuenden psychisch Kranken und Behinderten im Rahmen der beruflichen Bildungsgänge durch die hierzu entwickelten Techniken (Selbsterfahrung).

7. Die verbesserte Aus- und Fortbildung von Berufsgruppen, die nicht ursprünglich für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ausgebildet sind, jedoch in ihrer beruflichen Arbeit Beratungs- und Versorgungsaufgaben übernehmen.

8. Die bessere personelle und finanzielle Ausstattung von Aus-, Weiter- und Fortbildungsstätten.

9. Die Förderung der Bildungsforschung, die mit der Effizienzüberprüfung von Aus-, Weiter- und Fortbildungsmodellen verknüpft werden sollte.

10. Die Koordination der Bildungsplanung für die verschiedenen Berufe in Bund und Ländern sowie deren Angleichung an Entwicklungen im internationalen Rahmen.

2. Aus-, Weiter- und Fortbildung der verschiedenen Berufsgruppen

Für die Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung der einzelnen der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätigen Berufsgruppen sind eine Reihe spezifischer Gesichtspunkte von besonderer Bedeutung (s. C. 3)

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der *Ärzte* kann verbessert werden durch

1. die stärkere Berücksichtigung der ambulanten Versorgung in der Aus- und Weiterbildung,

2. die Einbeziehung von psychiatrischen Krankenhäusern in die Aus- und Weiterbildung, die für den Weiterbildungsbereich zwar obligatorisch ist, aber nicht überall durchgeführt wird,

3. eine praktische Tätigkeit aller Medizinstudenten in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Versorgungseinrichtung vor oder während ihrer Ausbildung (Krankenpflegedienst, klinische Famulatur oder praktisch-klinische Tätigkeit im dritten klinischen Studienabschnitt),

4. die Einrichtung und den institutionellen wie personellen Auf- und Ausbau der Ausbildungseinrichtungen für medizinische Psychologie und medizinische Soziologie an allen medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereichen,

5. die Verwirklichung des in der Approbationsordnung für Ärzte geforderten Gruppenunterrichts,

6. eine Vermehrung der Weiterbildungsplätze in allen Bereichen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter,

7. die systematische Einbeziehung bisher wenig berücksichtigter Versorgungsbereiche und die Intensivierung der Weiterbildung in Psychotherapie/Psychosomatik bei der Weiterbildung zum Nervenarzt, Facharzt für Psychiatrie und Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

8. die regionale Organisation und Koordination der Weiterbildung,

9. die besonders nachdrückliche Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

10. die bundeseinheitliche Festlegung des Weiterbildungsganges für die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie", zu deren Erwerb auch möglichst viele praktische Ärzte — Ärzte für Allgemeinmedizin — sowie Ärzte aus anderen Fachgebieten motiviert werden sollten,

11. die Einführung eines Facharztes bzw. einer Gebietsbezeichnung auf dem Gebiet der Psychotherapie/Psychosomatik. Bei der Verwirklichung dieser Empfehlung muß allerdings sichergestellt werden, daß die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" erhalten bleibt, damit ihre bewährte Breitenwirkung nicht verlorengeht, und daß in Weiterbildungsgängen für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie die Weiterbildungsinhalte und die Qualifikation für Psychotherapie/Psychosomatik integriert bleibt, vertieft und erweitert wird,

12. die Intensivierung von Fortbildungsangeboten, sowohl für Fachärzte, die im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätig sind, als auch für Ärzte anderer Fachgebiete, um sie mit den für sie wichtigen Entwicklungen im Bereich der Psychiatrie sowie Psychotherapie und Psychosomatik vertraut zu machen.

Für alle anderen in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätigen Berufe empfiehlt sich eine sinngemäße Übernahme der für die Ärzte aufgeführten Empfehlungen. Prinzipieller Gesichtspunkt hierbei ist die Entwicklung und Ausgestaltung der Bildungsmaßnahmen entsprechend der für Ärzte bereits bestehenden Gliederung in Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung (s. C. 1). Im einzelnen sind zu berücksichtigen:

Psychologen werden im breiten Umfang Aufgaben in der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten übernehmen können, wenn — wie dringend zu fordern ist — der Psychologe (Fachpsychologe) für klinische Psychologie anerkannt ist und ein Gesetz über die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten die angestrebte Zusatzausbildung regelt.

Mit großem Nachdruck zu fördern ist die bessere Aus-, Weiter- und Fortbildung aller *Krankenpflegeberufe*, damit grundlegende Kenntnisse und Fähigkeiten sowie Qualifikationen für die Arbeit im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erworben werden können. Sowohl für Krankenschwestern/Krankenpfleger sowie Krankenpflegehelfer müssen Weiterbildungsgänge entwickelt werden. Für *Krankenschwestern* und *Krankenpfleger* empfiehlt die Sachverständigen-Kommission,

1. in der Ausbildung das Fach Psychiatrie als Hauptfach neben die Fächer Innere Medizin und Chirurgie zu stellen und der Fächergruppe „psychologische Medizin" besondere Bedeutung zuzuerkennen,
2. eine Schwerpunktbildung im dritten Ausbildungsjahr zu ermöglichen, die zur Führung einer Zusatzbezeichnung berechtigt,
3. eine berufsbegleitende Weiterbildung zur Fachkrankenschwester für Psychiatrie bzw. zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie. Diese Weiterbildung soll in erster Linie im Rahmen der institutionalisierten Versorgung der Krankenpflege einen größeren Verantwortungs- und Entscheidungsbereich eröffnen. Ihre Dauer soll mindestens ein bis eineinhalb Jahre betragen,
4. die Möglichkeit zu schaffen, durch eine ebenfalls berufsbegleitende Weiterbildung während eines zusätzlichen Jahres, also in insgesamt zwei bis zweieinhalb Jahren, die Qualifikation einer „Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik" bzw. zum Fachkrankenpfleger für dieses Gebiet zu erwerben.

Die einjährige Ausbildung der *Krankenpflegehelfer* sollte nach einem praxisorientierten und psychiatriespezifischen Konzept durchgeführt werden. Eine einjährige berufsbegleitende Weiterbildung zum „Psychiatrie-Krankenpflegehelfer" sollte entwickelt werden.

Dringend zu fördern ist der großzügige Ausbau der Fortbildung für das Pflegepersonal, in welche praktische Selbsterfahrung eingeschlossen werden muß.

Zur Aus-, Weiter- und Fortbildung der *Sozialarbeiter* empfiehlt die Sachverständigen-Kommission

1. eine Intensivierung aller für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter wichtigen Stoffgebiete in der Ausbildung und vermehrte Möglichkeiten für psychiatrische Schwerpunktbereiche nach dem Grundstudium. Hierbei muß eine enge Verflechtung theoretischer Stoffvermittlung und praktischer Mitarbeit gewährleistet sein.
2. eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung für Sozialarbeiter, welche mindestens ein volles Berufsjahr außerhalb psychiatrischer Institutionen abgeleistet haben. Ziel dieser Weiterbildung ist eine Befähigung für breite Aufgabenfelder in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in vergleichsweise selbständiger Tätigkeit.
3. Fortbildungsmöglichkeiten, die sowohl regional wie überregional durchgeführt werden sollten, wobei regionale Veranstaltungen zusammen mit anderen Berufsgruppen vorgenommen werden könnten.

Die Weiterbildung von Sozialarbeitern, Sozialpädagogen und Pädagogen zu *Psychagogen* (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) hat sich bereits bewährt. Im Rahmen des dringend notwendigen Ausbaues der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ihr eine noch wachsende Bedeutung zukommen.

Im Zusammenhang mit den bereits eingeleiteten Verbesserungen der Bildungsmaßnahmen für *Beschäftigungstherapeuten* müssen Aus-, zumindest Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten für Arbeitstherapeuten, ggf. auch für Berufstherapeuten fortentwickelt bzw. geschaffen werden, damit die wachsenden Aufgaben auf dem Gebiet der allgemeinen, sozialen und beruflichen Rehabilitation durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter übernommen werden können.

Um die Mißstände in der Versorgung im Bereich des sogenannten Heimsektors beseitigen zu können, müssen die Bildungsmaßnahmen für *Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger* und *Heilerziehungspflegehelfer* nachdrücklich gefördert werden. Dabei muß angestrebt werden, daß diese in der Versorgung von seelisch und geistig behinderten Kindern und Jugendlichen bewährten Berufe auch für die Übernahme entsprechender Aufgaben in der Versorgung seelisch und besonders geistig behinderter Erwachsener aus- bzw. weitergebildet werden. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt, in Modellversuchen zu erproben, inwieweit die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten durch die Entwicklung neuer Berufsbilder (z. B. Suchtkrankenhelfer) verbessert werden kann.

3. Besondere Gesichtspunkte der Psychotherapie/Psychosomatik *)

In die Curricula der Ausbildungsgänge für Angehörige sämtlicher Berufsgruppen, die mit medizinischen, psychologischen und soziologischen Methoden präventive, beratende und therapeutische Aufgaben zu bewältigen haben, ist psychosoziales Grundlagenwissen (Grundbegriffe der Ökonomie, Soziologie, Entwicklungspsychologie, Konfliktpsychologie, Kommunikationstheorie und Familientheorie) einzufügen. In Ausbildungsgängen, in denen psychosoziales Grundlagenwissen bereits berücksichtigt wurde, ist eine stärkere Gewichtung anzustreben und zugleich dafür zu sorgen, daß eine Überlastung der Curricula vermieden wird. Diese Empfehlung gilt für die Fächer der Pädagogik (Lehrerausbildung), Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Rechtswissenschaft, Medizin, Psychologie und Soziologie (s. C 4.1.).

Speziell für die Ausbildung der Medizinstudenten ist es erforderlich, zur Realisierung der mit der Approbationsordnung von 1970 Gesetz gewordenen, aber weithin noch nicht realisierten Ausbildung in Psychotherapie und Psychosomatik an allen deutschen Universitäten selbständige psychotherapeutisch/psychosomatische Einheiten zu schaffen, die als Ordinariate mit zugeordneten Abteilungen oder Kliniken einzurichten sind. Zugleich sind die notwendigen institutionellen Voraussetzungen zur Ausbildung in medizinischer Psychologie und medizinischer Soziologie zu schaffen (C. 4.2).

Weiterbildung ist praxisnah und tätigkeitsbegleitend zu organisieren, was bedeutet, daß die Gegebenheiten des psychosozialen Feldes ebenso strukturbildend sein müssen wie klinische Erfahrungen (C. 4.3.1).

Der Bedeutung des Gebietes Psychotherapie/Psychosomatik gemäß ist ein Facharzttitel bzw. eine Gebietsbezeichnung einzuführen. Nach dem gegenwärtigen Stand der ärztlich-psychotherapeutischen Berufspraxis und der in den Instituten der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. verwirklichten Weiterbildungsanforderungen ist die analytische Psychotherapie eine in Jahrzehnten gewachsene Fachrichtung, die dem Stand der Weiterbildung zum Facharzt bereits entspricht. Dem Weiterbildungsgang zum analytischen Psychotherapeuten (C. 4.3.4) vergleichbare Weiterbildungsgänge von Seiten anderer Psychotherapierichtungen (Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie) liegen bisher nicht vor. Wenn sich für andere psychotherapeutische Methoden die Frage der rechtlich anerkannten Qualifikation stellt, müßten sie in bezug auf die klinische Erfahrungsgrundlage wie nach Umfang und Weiterbildungsanforderungen vergleichbare Maßstäbe erfüllen (C. 4.3.2.2). Die Einführung eines Facharztes im Bereich Psychotherapie/Psychosomatik wird Gelegenheit geben, die bisherigen Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" neu zu überdenken und genauer zu fassen.

*) s. Fußnote zu C.4

In den Weiterbildungsgängen zum Arzt für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin, für Kinder- und Frauenkrankheiten und für Dermatologie und Urologie sind psychosoziale Kenntnisse und Interventionsformen angemessen zu vermitteln (C. 4.3.9.1). Die gesetzliche Absicherung eigenständiger Berufstätigkeit klinischer Psychologen wird für dringend notwendig gehalten. Einzurichtende Weiterbildungsgänge für Psychologen zum Psychotherapeuten sollen den Standards bestehender Weiterbildungsgänge entsprechen (C. 4.3.3 und C. 4.3.4).

Der schon bestehende Weiterbildungsgang zum Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) ist entschieden zu fördern (C. 4.3.6).

Außerdem werden empfohlen:

- ein spezieller Weiterbildungsgang für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, um Angehörige dieses Berufsstandes in die Lage zu versetzen, beratende und sozialtherapeutische Aufgaben für die weitgehend unversorgten, sozial benachteiligten Schichten der Bevölkerung wahrzunehmen (C. 4.3.7),
- Weiterbildungsgänge für Krankenschwestern zur Wahrnehmung der besonderen Aufgabenstellungen in psychotherapeutisch/psychosomatischen Kliniken (C. 3.3.3),
- Weiterbildungsgänge für Berufe im Vorfeld institutionalisierter Beratungsdienste, im Kontext sozialer Institutionen und im Rahmen der Sozialarbeit (C. 4.3.9.2).

In der zukünftigen Planung der psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung kommt der Einrichtung von Weiterbildungsinstituten eine besondere Bedeutung zu, einerseits um die Weiterbildungskapazität zu erhöhen, andererseits und vorrangig, um erstmals bessere Versorgungsmöglichkeiten von bisher unterversorgten Regionen zu erreichen. Es wird daher empfohlen, den Aufbau von Weiterbildungsinstituten durch zureichende Stellenpläne und sonstige Mittelzuweisungen vorrangig in bisher unterversorgten Regionen zu fördern. Versorgungsgerechte Zielvorstellungen lassen es als dringlich empfehlenswert erscheinen, pro Region von ca. einer Million Einwohnern ein Weiterbildungsinstitut einzurichten, dessen Ausstattung mindestens Weiterbildungsgänge zum Fachpsychotherapeuten und Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) ermöglicht (C. 4.4).

Es ist dringend erforderlich, Fortbildung für sämtliche Angehörige psychosozialer Berufe entschieden zu fördern (C. 4.5).

3.13 Rechtliche Probleme bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland

Die Sachverständigen-Kommission hat eine Reihe von verschiedenartigen, für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter wesentlicher Rechtsprobleme aufgegriffen. Im einzelnen handelt es sich um Fragen des Leistungs- und Versicherungsrechts, des Kassenarztrechts, des Arbeitsrechts, der Verantwortung von in der Versorgung Tätigen, um Fragen

der Freiheitsentziehung, der Reform des Entmündigungs-, Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts, der Heimunterbringung, der Postkontrolle, der Schuldunfähigkeit bei psychisch kranken alten Menschen, der freiwilligen Sterilisation, des Datenschutzes und der Registrierung von psychisch Kranken.

Die Sachverständigen-Kommission spricht zu den angeführten Rechtsproblemen folgende, hier zusammengefaßt dargestellte Empfehlungen aus:

1. Den seelisch und geistig Behinderten muß im Rahmen der sozial- und rehabilitationsrechtlichen Regelungen ein gleichartiger Rechtsstatus wie den körperlich Kranken gewährt werden.

2. Die in § 5 des Rehabilitationsangleichungsgesetzes vorgesehenen zentralen Auskunftsstellen sollten umgehend geschaffen werden, da die verwirrende Vielzahl von Leistungsträgern und Leistungsangeboten, besonders für psychisch Kranke, seelisch und geistig Behinderte undurchschaubar ist.

3. Leistungsbeschränkungen im Bereich der privaten Krankenversicherung, vor allem auf dem Gebiet der Psychotherapie, müssen abgebaut werden.

4. Von den gegebenen rechtlichen Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten Versorgung muß im größtmöglichen Umfang Gebrauch gemacht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten hierzu in erforderlichem Umfange Ermächtigungsverträge mit Ärzten und mit ärztlich geleiteten Einrichtungen abschließen. Die Träger von Krankenhauseinrichtungen sollten diese Entwicklung unterstützen. Die Möglichkeit stationärer und teilstationärer Tätigkeit niedergelassener Ärzte sollte besser genutzt werden.

5. Im Hinblick auf die notwendige Arbeitsteilung zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal bei der Krankenbehandlung sollte der Gesetzgeber für die nichtärztlichen Berufsgruppen, beispielsweise die Psychologen, klare Aufgaben- und Verantwortungsbereiche fixieren.

6. Eine Novellierung der Unterbringungsgesetze der Bundesländer ist geboten. Dabei ist insbesondere eine generell stärkere Betonung des fürsorgerischen Aspekts der Unterbringung, z. B. durch Einbeziehung vorbeugender und nachgehender Hilfsmaßnahmen zu berücksichtigen.

7. Die in dem Entwurf eines „Gesetzes zur Neuordnung der elterlichen Sorge" (BT-Drucksache 7/2060) vorgesehene Einbringung eines § 1631 a ist zur Lösung der bei der Unterbringung von Minderjährigen durch ihre Eltern entstehenden Probleme untauglich und sollte unterbleiben.

8. Eine Gesamtreform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts ist im Interesse der Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erforderlich.

   Anzustreben wäre die Entwicklung eines abgestuften Systems von Betreuungsmaßnahmen anstelle und in Ergänzung der bisherigen Vormundschaft und Pflegschaft unter Einbeziehung der fürsorgerischen Unterbringung sowie der Ersatz der Entmündigung durch die Feststellung von „Betreuungsbedürftigkeit" und gleichzeitige Bestellung eines „Betreuers" mit Regelung seines Aufgabenkreises.

9. In allen Ländern sollte, soweit nicht schon geschehen, eine formalrechtliche Bestimmung über die Postkontrolle bei untergebrachten psychisch Kranken getroffen werden.

11. Die bisherige Arbeitsbelohnung für psychisch Kranke sowie geistig und seelisch Behinderte, die in einem psychiatrischen Krankenhaus beschäftigt werden, sollte durch ein echtes Arbeitsentgelt abgelöst werden. Zur Verwirklichung dieser Empfehlung müßten, unabhängig von der rechtlichen Qualifikation der Patientenarbeit, besondere gesetzliche Regelungen geschaffen werden. Diese besondere Regelung könnte etwa in einem „Gesetz über Mindestarbeitsbedingungen für Arbeitstherapieverhältnisse" erfolgen.

12. Infolge der unterschiedlichen Funktionen bestimmter Heimtypen sind jeweils andere Mindestanforderungen für Heime in sachlicher, personeller und räumlicher Hinsicht zu stellen. In Heimen, die auch der Pflege und Behandlung dienen, ist ein Arzt an der Heimleitung zu beteiligen. Der unscharfe und fragwürdige Begriff des Pflegefalles sollte fallengelassen werden.

13. Die spezifischen Probleme bei der Straffälligkeit alter Menschen müssen von den Organen der Strafrechtspflege stärker als bisher berücksichtigt werden. Es wäre zu erwägen, ob bei Erstdelinquenten im höheren Lebensalter eine Verpflichtung des Richters zur Prüfung der Schuldfähigkeit nach §§ 20, 21 StGB gesetzlich verankert werden sollte, und ob dem Richter in Fällen erheblich verminderter Schuldfähigkeit bei alten Menschen grundsätzlich zu gestatten ist, über die Strafmilderungsmöglichkeiten nach § 21 StGB in Verbindung mit § 49 StGB hinauszugehen.

14. Eine gesetzliche Regelung, die auch die Sterilisation solcher geistig behinderter Personen zuläßt, die einwilligungsunfähig sind und bei denen der Eingriff in ihrem eigenen wohlverstandenen Interesse angezeigt ist, wäre anzustreben.

15. Die Gesetze und Gesetzentwürfe zum Schutz vor Mißbrauch personenbezogener Daten im Hinblick auf das besondere Schutzbedürfnis psychisch Kranker und Behinderter sind mit Hilfe psychiatrischer Sachverständiger und unter Einschaltung der für die Psychiatrie zuständigen Ressorts des Bundes und der Länder zu überprüfen. Dabei sollten spezifische Datenschutzregelungen für die besonderen Belange im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, soweit dem nicht durch die allgemeinen Normen des Datenschutzes Rechnung getragen werden kann, geschaffen werden.

16. Der § 13 des Bundeszentralregistergesetzes ist ersatzlos zu streichen.

3.14 Prävention (s. E.)

Die Sachverständigen-Kommission hat sich in verschiedenen ihrer Arbeitsgruppen mit den außerordentlich bedeutsamen Problemen einer Vorbeugung psychischer Krankheiten und Behinderungen befaßt. Empfehlungen, die sich auf die Früherfassung, die frühzeitige Einflußnahme, die Verhinderung von Rückfällen und von Chronifizierung beziehen (sekundäre und tertiäre Prävention) finden sich vor allem in den Abschnitten über das Vorfeld spezieller Dienste (B. 2), über komplementäre und rehabilitative Dienste (B. 3.4 und B. 3.5) sowie über die Versorgung besonderer Alters- und Patientengruppen (B. 3.7, B. 3.8 und B. 3.9). Die Frage, ob und wieweit sich das Auftreten psychischer Störungen und Behinderungen von vornherein verhindern läßt, wird in einem eigenen Kapitel zusammenfassend behandelt. Es werden dort Möglichkeiten erörtert, wie sich einerseits der Einfluß krankheitsfördernder Faktoren — u. a. auch im Bereich des Wohnens und der Arbeit — ausschalten bzw. mildern läßt und andererseits die Widerstandsfähigkeit gegenüber solchen Einflüssen erhöht werden kann. Ein großer Teil der Empfehlungen zur primären Prävention bezieht sich verständlicherweise auf Maßnahmen für das Kindes- und Jugendalter (Vorsorgeuntersuchungen und Nachuntersuchungen von Risikokindern, Vermehrung der Beratungs- und speziellen Fortbildungsangebote für Eltern, Kindergärtnerinnen, Erzieher und Lehrer, Berücksichtigung psychohygienischer Forderungen im gesamten Bildungsbereich, Ausbau differenzierter Bildungs- und Berufsberatungsmöglichkeiten). Außerdem aber wird die Forderung nach gemeindenahen Familienberatungsstellen und Kriseninterventionsmöglichkeiten unterstützt und die Entwicklung von Vorbeugungsmaßnahmen zur Verhütung von Alkoholismus und Drogenabhängigkeit empfohlen. Für das höhere Lebensalter sind vor allem Möglichkeiten eines schrittweisen Übergangs in den Ruhestand, vielfältige soziale Aktivitäten in allen Wohneinrichtungen für alte Menschen und deren bessere psychohygienische Betreuung vorzusehen.

3.15 Forschung

Die Sachverständigen-Kommission macht zur Intensivierung und Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik folgende Vorschläge:

1. Bestandsaufnahme der Forschungsinhalte.
2. Förderung von Forschungsabteilungen an Universitäten oder Forschungsinstituten an psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäusern bzw. Suchtkliniken mit klar definierten Forschungsaufgaben in stufenweisem Aufbau.
3. Verstärkte Förderung von Forschungsstätten und Forschungseinrichtungen, die Forschungsausbildung für junge Wissenschaftler der Fachgebiete vermitteln können.
4. Bereitstellung von Mitteln für die internationale Zusammenarbeit und für den Austausch von Wissenschaftlern.
5. Entlastung wissenschaftlich und klinisch tätiger Hochschullehrer von einem wesentlichen Teil ihrer Lehrverpflichtungen in besonderen Fällen. Schaffung klinischer Forschungsprofessuren.
6. Differenziertere Regelungen bei der Freistellung von Assistenten für die Forschungstätigkeit. Der in den Hochschulgesetzen verschiedener Bundesländer festgelegte Anspruch der wissenschaftlichen Assistenten auf Zeit für eigene Forschungstätigkeit ist ein fragwürdiges Instrument zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Anrecht auf Zeit für eigene wissenschaftliche Arbeit muß — ebenso, wie die Zuerkennung eines Forschungsstipendiums — vom Nachweis relevanter Vorhaben, ihrer kontinuierlichen Durchführung sowie bereits erbrachter wissenschaftlicher Leistungen abhängig bleiben.
7. Einführung eines Beraterverfahrens mit laufender Projektbetreuung im Rahmen des Normalverfahrens der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Dabei muß die fachwissenschaftliche Befähigung und einschlägige Forschungserfahrung des Beraters besser sichergestellt werden, als dies bisher bei der DFG geschehen ist.
8. Schaffung von Lebenszeitpositionen, z. B. in Kliniken und Instituten für besonders befähigte und ausgewiesene Wissenschaftler der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik ohne Zwang zum Ergreifen der Hochschullehrerlaufbahn.
9. Integration von Abteilungen oder Arbeitsgruppen für klinische Psychologie und der neugeschaffenen Abteilungen oder Lehrstühle für medizinische Psychologie und Soziologie in klinischen Zentren der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik, um den notwendigen Praxisbezug zu gewährleisten.
10. Schaffung besserer Voraussetzungen für die Umsetzung von Forschungsergebnissen in Pläne und Maßnahmen durch die befristete Berufung erfahrener Wissenschaftler z. B. als Berater bei den Ministerien.

3.16 Prioritäten (s. H.)

Ausgehend von der Bestandsanalyse und den Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter setzt die Sachverständigen-Kommission zur Realisierung der Reform in einem ersten Schritt folgende Prioritäten:

1. Grundforderung

   Die Beseitigung grober, inhumaner Mißstände hat jeder Neuordnung der Versorgung voraus-

zugehen. Diese Grundforderung muß auch bei jeder Verwirklichung von Reformen berücksichtigt bleiben.

2. Rahmenbedingungen

Auf dem Wege zur Realisierung der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission sind unter allen Umständen folgende Rahmenbedingungen einzuhalten:

— das Prinzip der gemeindenahen Versorgung,

— das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten,

— das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste,

— das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

3. Im einzelnen setzt die Sachverständigen-Kommission folgende Prioritäten:

a) Aus- und Aufbau der komplementären Dienste (Heimsektor),

b) Aus- und Aufbau der ambulanten Dienste,

c) Aufbau von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern,

d) Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung,

e) Vorrangige Verbesserung der Versorgung

— von psychisch auffälligen, gestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen,

— von Suchtkranken, insbesondere Alkoholikern,

f) Entwicklung von Modellversorgungsgebieten in städtischen wie ländlichen Regionen.

2. Auszug aus dem Zuleitungsschreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit

Der Bericht der Sachverständigen-Kommission wurde dem Deutschen Bundestag zugeleitet mit Schreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 25. November 1975 — 341.2 — 474 — 5.

Auszug aus diesem Schreiben:

Die Bundesregierung hat zur Erarbeitung der Enquete eine unabhängige Sachverständigen-Kommission berufen. Bei der Ausführung des ihr erteilten Auftrages war die Sachverständigen-Kommission frei, ihren eigenen Erkenntnissen und Auffassungen zu folgen. Die Enquete kann weder als Ganzes noch in den Einzelheiten als Bericht der Bundesregierung angesehen werden.

Da die in der Enquete empfohlenen Maßnahmen wegen der bestehenden Zuständigkeiten weitgehend Aufgaben der Länder, der Träger und Verbände sind, werde ich diesen die Enquete zuleiten.

Die Verwirklichung sowohl der Sofortmaßnahmen zur Behebung der in der Enquete aufgezeigten dringlichsten Probleme als auch der längerfristigen Maßnahmen ist von den finanziellen Möglichkeiten abhängig. In diesem Zusammenhang verweise ich auf die Drucksache 7/1124 (Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission).

Da die Kosten der kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen bei Bund, Ländern, Gemeinden und Trägern sehr erheblich sind, muß schon jetzt darauf hingewiesen werden, daß die Realisierung nur sehr langsam und abgestuft möglich ist und zusätzliche Mittel angesichts der angespannten Finanzlage der Kostenträger gegenwärtig nicht aufgebracht werden können.

III. Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung — 1976

1. Auszug aus der Planungsstudie *)
   Einleitung, Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

2. Stellungnahme der ehemaligen Sachverständigen-Kommission zur Planungsstudie

1. Auszug aus der Planungsstudie *): **Einleitung, Zusammenfassung und Schlußfolgerungen**

1. Einleitung

Diese Studie enthält methodisch aufbereitete Arbeitsmaterialien zur Neuordnung psychiatrischer, psychotherapeutisch/psychosomatischer Versorgungsdienste. Mit diesen Materialien werden Abstimmungen zwischen Trägern, Planern, Beteiligten und Entscheidern von inhaltlichen und zeitlichen Informationsschwierigkeiten befreit, Gesamtbetrachtung der sachlichen Abhängigkeiten ermöglicht und Auswirkungen unterschiedlicher Wertrangfolgen aufgezeigt. Darüber hinaus wird ein Instrument entwickelt, das dazu geeignet ist, Einzelpläne zu harmonisieren und zu Gesamtplänen zusammenzufügen.

Abgeordnete erhalten Hinweise über politische Handlungsspielräume und ihre Kostenauswirkungen. Planende und entscheidende Instanzen erfahrene Präzisierungen und Abgrenzungen der Empfehlungen der Sachverständigen, praktikable Leitlinien für ihre Planungen und Kalkulationsanleitungen für Kostenberechnungen.

Die Aussagen dieser Studie geben für praktisches Handeln lediglich einen Rahmen, der wesentliche Ziele, Entwicklungsschritte und -stufen vorgibt und der durch Einfügen von Zwischenlösungen erweiterbar ist. Deshalb braucht nicht auf jedes mögliche Vorkommnis eingegangen zu werden.

Den Kern der Arbeitsmaterialien bilden in Raster eingeordnete Planungsvorschläge, die durch Fortschreibung den sich wandelnden Auffassungen und Deutungen angepaßt werden können, so daß dieser Studie durch relativ geringfügige Änderungen langfristige Gültigkeit gegeben werden kann.

Wie aus den Varianten des Planungsrasters hervorgeht, stehen nicht nur für Zwischenstufen, sondern auch für Zielzustände verschiedenartige Lösungen zur Wahl. Die Studie verfolgt also nicht die Normierung der Neuordnungen nach einem einheitlichen Zielmodell, sondern die Ermittlung der bestmöglichen Verhältnisse, die bei den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten erreichbar sind.

Eine solche Arbeitshilfe wird sich als Erweiterung des Freiheitsgrades erweisen und nicht als Einengung, da sich der gesamte Entscheidungsraum eröffnen läßt und die Auswahlvielfalt deutlich wird.

Die dargestellte Vorgehensweise dient dem Zweck, zu viel Pragmatik aber auch zu viel Theorie in künftigen Planungen abzubauen und einen wirkungsvollen Ausgleich zwischen beiden Richtungen zu fördern. Das Gelingen hängt jetzt von der Bereitschaft zur integrativen Zusammenarbeit auf der Grundlage einer für viele neuartigen Planungsmethode ab. Die Verfasser sind sich darüber im klaren, daß ein solches Zusammenwirken ohne Einarbeitung in diese für alle Beteiligten schwierige Materie nicht erfolgreich sein kann.

Trotz des Bemühens um leichte Lesbarkeit der Studie, bleibt ein großer Rest an Schwierigkeiten wegen der unterschiedlichen Fachsprachen der einzelnen Berufsgruppen und wegen der Komplexität der Aufgabe bestehen. Die Verfasser erklären sich bereit, bei den nächsten Schritten mitzuwirken und die Anwendung und Umsetzung, soweit es in den Kräften steht, zu unterstützen. Für die Umsetzung wird noch eine Kurzfassung herausgegebn, in der ein Planungsbeispiel aufgeführt ist **).

Die Verfasser bedanken sich an dieser Stelle bei den Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission, bei den Psychiatriereferenten der Länder, den Vertretern des Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit und allen anderen, die durch zahlreiche Detailinformationen, Diskussionsbeiträge, Kritiken und weiterführende Hinweise die Arbeit gefördert haben.

*) Im Auftrage des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit erstellt von der Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH in Stuttgart

**) vgl. Anmerkung S. 53

2. Zusammenfassung

Der Auftrag

Auf der Grundlage des Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland sollten *Planungsraster* erarbeitet werden, die als Leitlinie zur Neuordnung und zur Ergänzung der vorhandenen psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Dienste verwendbar sind. Mit Hilfe dieser Leitlinie sollte ein *Instrument, sowohl zur schrittweisen Überführung der gegenwärtigen Situation zu den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission, als auch eine Anleitung für praktisches Handeln zum Aufbau des Versorgungsnetzes* geschaffen werden.

Neben besonderen Erfordernissen für einzelne Patientengruppen sollten siedlungsstrukturelle Abweichungen und unterschiedliche Qualitätsstandards dargelegt und für einzelne Versorgungsgebiete kostenmäßig abgegrenzt werden. Aufgabe war es weiterhin, die analytischen, kalkulatorischen und Bewertungsgrundlagen soweit zu verfeinern, daß bei *künftigen Planungen Aufwand und Nutzen verschiedener Versorgungskonzeptionen* einander gegenübergestellt werden können.

Hochrechnungen auf größere Einheiten als Standardversorgungsgebiete waren im Auftrag nicht vorgesehen.

Aus den Auftragspunkten (im einzelnen siehe Abschnitt 1.2) geht hervor, daß mit dieser Studie eine Verfeinerung der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete sowie deren Aufbereitung für Planungsentscheidungen bezweckt war. Nicht beabsichtigt war ein fachliches Ergänzen der Enquete-Aussagen, etwa zum Vorfeld fachspezifischer Beratungsdienste, zur Prävention, zur Forschung u. a..

Die Bearbeitung

Im März 1975 begann die Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH mit der Arbeit an der Planungsstudie zur Psychiatrie-Enquete. Schwierigkeiten wie die Inhomogenität der zur Verfügung gestellten Ausgangsmaterialien, verschiedene Veränderungen und Neufassungen von Abschnitten des Schlußberichts der Sachverständigen-Kommission, sowie zeitraubende zusätzliche Informationsbeschaffungen und Abstimmungen der Zwischen- und Schlußergebnisse waren für den zeitlichen und inhaltlichen Verlauf bestimmend. Die Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission und ihren Arbeitsgruppen, mit dem Auftraggeber, mit ausländischen Fachberatern, mit Vertretern von Krankenhausverwaltungen, Gebietskörperschaften, Krankenkassenverbänden, Trägern der Sozialhilfe, politischen Parteien und wissenschaftlichen Instituten hat an vielen Stellen zu *Kompromissen geführt, die zwar im einzelnen nicht ganz einhellig positiv zu bewerten sind, sich aber auf das Gesamtwerk nicht nachteilig ausgewirkt und sein Zustandekommen erst möglich gemacht haben.*

Die Planungsraster für die 8 Patientengruppen (Abschnitt 3.1) und die Prioritäten (Abschnitt 6) beruhen auf Angaben der Sachverständigen-Kommission. Dies betrifft nicht nur die Darstellungen und Daten, sondern auch sämtliche Texte, Zielformulierungen und Bewertungen. Die übrigen Ergebnisse wurden im wesentlichen mit anderen Fachgremien (siehe Abschnitt 2.12 und 2.13) erörtert und abgestimmt.

Das angewandte Planungsverfahren gehört zu den synoptisch durchgeführten Nutzwertanalysen. Durch Aufbereitung und Kopplung von graphisch übersichtlich geordneten Entscheidungsvarianten an Ziel- und Kostenanalysen eröffnet es prinzipiell jedermann aktive Teilnahme am Planungs- und Willensbildungsvorgang, fördert damit die Koordination von Einzelplänen und führt zu einer rationalen Abhandlung der jeweils auftauchenden Schwierigkeiten (vgl. Abschnitt 2.2). Die Wahl fiel auf dieses Verfahren, da es sich bei Aufgabenstellungen mit äußerst hoher Komplexität, zumal bei Beteiligung verschiedenster Berufsgruppen, als besonders hilfreich erwiesen hat (z. B. in Projekten der Verfasser für Stadt- und Regionalplanungen). *Mit dieser Studie findet das Verfahren erstmalig umfassende Anwendung im Gesundheitswesen und zeichnet auch hier bereits Erfolge, da die, mancherorts anfänglich für unmöglich erachtete Konsensbildung bei der Abgrenzung, Einordnung und Bewertung alternativer Konzeptionen überraschend schnell und reibungslos verlief.* Nach bisheriger Erfahrung der Verfasser werden die Planungsraster bei künftigen Neuordnungsvorhaben diesen Erfolg erneuern und sich als eine zeit- und kostensparende Arbeitshilfe erweisen, soweit Bereitschaft zur Einarbeitung in die Vielfalt der Materie vorhanden ist und soweit Probleme und Argumente in ihrem gesamten Bezugsfeld betrachtet werden.

Die in dieser Studie enthaltenen Arbeitsmaterialien werden für die Planungspraxis in einer noch anzufertigenden Kurzfassung gesondert aufbereitet und zugänglich gemacht.

Die Ergebnisse

Planungsraster

Die Planungsraster geben wesentliche Entscheidungsmöglichkeiten für den Aufbau der Versorgungsdienste an. Die Varianten wurden in das Raster so eingesetzt, daß ihre Qualität ablesbar ist. Sie geben alternative Zielzustände und ihre entsprechenden Entwicklungsstufen an, so daß *für jede vorkommende „Ausgangssituation" qualitativ gestufte Entwicklungsreihen als Leitlinie* vorgefunden werden können.

Für die Feinabstimmung der Raster mit den Gegebenheiten örtlicher Verhältnisse wurden zusätzlich Zielkriterien formuliert und beschrieben (Abschnitt 3.1), aus denen die besonderen Versorgungsbedürfnisse der einzelnen Patientengruppen hervorgehen. Damit sind mögliche *Unsicherheiten bei künftigen Planungsüberlegungen auf ein Mindestmaß herabgesetzt.* Eine Beschreibung des planerischen Vorgehens findet sich in Abschnitt 2.2111.

Bedarfsermittlungen und Personalbemessungen

Für 8 Patientengruppen sind die Versorgungsdienste, je nach ihren besonderen Unterbringungs- und Therapiebedürfnissen, untersucht worden. Daraus ergaben sich *Streubereiche für Meßziffern, die auf der Grundlage von Bestandsaufnahmen, Berufserfahrungen und Zielsetzungen* gegeneinander abgegrenzt und bewertet wurden (siehe Abschnitt 3.). Auf diese Weise zeichneten sich bestimmte Meßziffernkombination ab, die zum Teil von Bestandserhebungen bestätigt werden und damit für bestimmte vorhandene Versorgungskonstellationen stehen, z. T. aber auch von der Realität noch nicht bestätigt werden können — also Hypothesen darstellen.

Die Bedarfsermittlung erstreckte sich im wesentlichen auf die Erstellung von *Meßzahlen für Vollversorgungszustände und Übergangslösungen in Ballungsgebieten und sehr dünn besiedelten Gebieten.* Eine weitere Unterteilung hat sich wegen der geringen Bedarfsunterschiede als nicht zweckmäßig erwiesen. Für Vollversorgungszustände wurden die Abweichungen herausgearbeitet, die bei unterschiedlicher Bevorzugung stationärer, teilstationärer, komplementärer oder ambulanter Dienste entstehen können (siehe Abschnitt 7.1). Für die Personalbemessung wurden Schlüssel zwischen einer Ober- und einer Untergrenze markiert und, soweit vorhanden, gegenwärtige Ausstattungen eingeordnet (siehe Abschnitt 3.1).

Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission wurden, soweit sie den Aufbau des Versorgungsnetzes betreffen, präzisiert. Hierbei entstand eine *Vielzahl von Daten- und Funktionsschemata, die auf keine präzisen Quellen der Psychiatrie-Enquete abgestützt werden können.* Da sie aber gemeinsam mit den Sachverständigen aufgestellt und in mehrfachen Tagungen abgestimmt wurden, *können sie als Quelle der Sachverständigen-Kommission zugeschrieben werden.*

Die Emfehlungen sind in dem Planungsraster ausdrücklich gekennzeichnet (Abschnitt 3.1). Sie betreffen vor allem die Angliederungen an die Allgemeinmedizin und die Bedarfszahlen für einzelne Unterbringungsformen. Im Vordergrund steht die Entlastung von stationären Krankenhausdiensten, durch teilstationäre, komplementäre und ambulante Dienste (siehe Abschnitt 5.1).

Da diese Angaben in der Regel auf von Berufserfahrung gestützten Hypothesen beruhen, ist ihre Erprobung in Modellvorhaben wünschenswert.

Prioritäten

Die Prioritäten der Psychiatrie-Enquete bleiben als konzeptioneller Rahmen für die Aussagen dieser Studie erhalten. Aus planerischer Sicht wäre es jedoch zweckmäßiger, zur Kontrolle der emfohlenen Bemessungsgrundlagen Modellvorhaben, die diese Angaben bewahrheiten und die für die breite Durchführung der Reform Vorbild sein können, Vorrang vor den übrigen Prioritäten einzuräumen.

In Abschnitt 3.1 sind in den Beschreibungen der Zielkriterien Prioritäten zum Ausdruck gebracht worden. Eine weitere Möglichkeit, Dringlichkeiten zu setzen, besteht in der Gewichtsverteilung auf einzelne Ziele in den Zielmatrices des Abschnitts 3.1 (siehe auch 2.212).

In Abschnitt 6 findet sich eine 4stufige Aufteilung des konzeptionellen Rahmens der Psychiatrie-Enquete in Einzelprioritäten.

Kosten- und Finanzierungsgrundlagen

Die Kostenuntersuchungen zu den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete bringen die Studie in das Problemfeld der Regionalökonomie. In den Regionalwissenschaften wird es immer mehr üblich, für umfassende und langfristig angelegte Vorhaben zunächst die fachlichen und sachlichen Lösungsmöglichkeiten in einem groben Planungsraster vorzugeben und durch Zielformulierungen zu ergänzen, um aufzuzeigen, welcher Entscheidungsraum zur Verfügung steht. Der Mittelbedarf hängt dann von den Realisationskosten der einzelnen Alternativen ab. Er wird u. a. vom Zeitpunkt und Dauer der Durchführungsmaßnahmen beeinflußt (z. B. sind die Baukosten bei einem „Boom" sehr hoch, bei Beschäftigungsmangel niedrig). Wegen dieser Unwägbarkeiten, die noch durch Schwankungen in den Einnahmen der öffentlichen Hand und durch sich ändernde politische Dringlichkeiten vermehrt werden, verzichten die Verfasser auf die Festlegung finanzieller Randbedingungen und Abgrenzung von Realisationszeiträumen, wie sie in der regionalwirtschaftlichen Betrachtung noch verbreitet üblich sind. Die Verfasser halten solche Festlegungen für rein theoretische Modelluntersuchungen verwendbar, nicht jedoch für Entscheidungsvorbereitungen in der Praxis.

Die Erfassung der indirekten Kosten wird durch umfassende Zielanalysen ersetzt, so daß sich die Kostenanalysen in dieser Studie nur mit den Projektkosten zu befassen haben (siehe Abschnitt 2.21).

Neben der *Darlegung der methodischen Berechnungsgrundlagen* (siehe Abschnitt 4.1) wurden am Beispiel der Allgemeinen Psychiatrie *Berechnungen für alternative Versorgungskonzeptionen* durchgeführt, die *ergaben, daß die von der Sachverständigen-Kommission empfohlenen Patientenaufteilungen auch aus Kostensicht die vorteilhaftesten Lösungen sind,* weil sie weniger Kosten verursachen als Konzeptionen, die Fehlplacierungen in Kauf nehmen bzw. der stationären Krankenhausversorgung Vorrang gegenüber teilstationären und komplementären Diensten einräumen (siehe Abschnitt 5.32).

Ebenfalls am Beispiel der Allgemeinen Psychiatrie wurde ein *Kostenspiegel für Pflegesätze/Kostensätze sämtlicher Unterbringungsformen des Versorgungsnetzes* errechnet (siehe Abschnitt 5.31). Aus diesem Spiegel geht hervor, daß *Krankenhausversorgung teurer ist als Heimunterbringung, einschließlich Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte.* Dieses Ergebnis bestätigt die Forderung — Unterbringung der Patienten nach ihrer Behandlungsbedürftigkeit — auch aus der Sicht der Kosten.

In einer *Gegenüberstellung der Krankenhauspflege-/-kostensätze für die einzelnen Patientengruppen* (Abschnitt 5.31) wird verdeutlicht, welche Beträge sich aufgrund der patientengruppenspezifischen Behandlungserfordernisse bei „mittlerer Personalausstattung" und nach Beseitigung von Fehlplacierungen ergeben. Diese Pflegesätze liegen zum Teil ganz erheblich über den gegenwärtigen Durchschnittspflegesätzen. *Im Bezugsjahr 1974 betrug der Pflegesatz in psychiatrischen Krankenhäusern durchschnittlich DM 50,— bis DM 70,—. Nach den „mittleren" Personalausstattungen des Planungsrasters ergibt sich für dasselbe Jahr ein Betrag zwischen DM 64,— und DM 168,—. Jedoch erfordern weniger als 1/3 der krankenhausbedürftigen Patienten einen Pflegesatz von mehr als DM 90,—.*

Fehlplacierung

Durch Gegenüberstellung des Versorgungsaufwands für Wohnheimpatienten und nicht-krankenhausbedürftige Krankenhauspatienten sollten die Vorteile der Vermeidung von Fehlplacierungen festgestellt werden. Der Vergleich zeigt: *Die Versorgungskosten von Wohnheimen betragen — selbst bei besserer Personalausstattung der Heime als der „Pflegefälle" im Krankenhaus — nur etwa 45 v. H. der Kosten von Fehlplacierungen im Krankenhaus* (siehe Abschnitt 4.2).

Integration von Psychiatrie und Allgemeinmedizin

Die Integrationsmöglichkeiten von Psychiatrie und Allgemeinmedizin werden für einzelne Patientengruppen dargestellt und bewertet (Abschnitt 3.1). Aus dieser Untersuchung geht hervor, daß die *Angliederung psychiatrischer, psychotherapeutisch/psychosomatischer Abteilungen an Allgemeine Krankenhäuser nicht für jede Patientengruppe in gleicher Weise empfehlenswert* ist. Für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtkranke erscheint die Angliederung nur bedingt zweckmäßig, während sie für forsensische Psychiatrie nicht in Frage kommt.

Aus Kostensicht erscheint die Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeine Krankenhäuser so lange problematisch, wie eine betriebswirtschaftliche Eigenständigkeit dieser Abteilungen nicht abgesichert ist und Kostennivellierungen mit allgemeinmedizinischen Pflegesätzen nicht aufgehalten werden.

Schlußfolgerungen

Komplementäre Dienste

Die Untersuchungen haben erwiesen, daß die Aufrechterhaltung von Fehlplacierungen im Krankenhaus nicht nur zu einer unangemessenen Versorgung führt, sondern außerdem mit finanziellen Mehraufwendungen verbunden ist. Deshalb kommt dem *Aufbau angemessener komplementärer Dienste Schlüsselbedeutung* bei der Neuordnung der psychiatrischen Versorgung zu. *Die Vermehrung komplementärer Dienste leidet heute jedoch noch am Mangel bundeseinheitlicher Grundsätze bzgl. Finanzierung, Belegung und Betreuung. Besonders betroffen sind Übergangsheime,* deren Kostenübernahmeregelungen verbreitet viel zu langwierig und sogar z. T. noch völlig ungeklärt sind.

Modellvorhaben

Die Bemessungsempfehlungen der Planungsstudie zur Psychiatrie-Enquete beruhen auf Vorgaben, die im Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland noch nicht insgesamt vorgefunden werden können. Da sie sowohl nach therapeutischen als auch nach finanziellen Gesichtspunkten die vorteilhaftesten Lösungen enthalten, ist ihre beispielhafte Erprobung in Modellvorhaben als Leitlinie für die künftige Versorgung anstrebenswert. In diesen Modellvorhaben können neben Vollversorgungsverhältnissen für sämtliche Unterbringungsformen in einem, besser mehreren Standardversorgungsgebieten auch Teilgebiete, wie die bereits laufenden Modellvorhaben für ambulante Dienste oder spezielle Aufgabenstellungen wie Suchtfachambulanzen, Epilepsieambulanzen u. a. ausgewertet werden.

Die Modellvorhaben sollten die Entwicklung von Leistungs- und Erfolgskriterien für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als vordringliche Zielsetzung berücksichtigen, da die Versorgung solange undurchsichtig und schwer planbar bleibt, als es an solchen Kriterien fehlt. Eine weitere Aufgabe sollte die *Entwicklung eines praktikablen Planausführungs-, -durchsetzungs- und -überwachungsinstrumentariums sein,* um die, in Planungsmaßnahmen umgesetzten Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission zur Verwirklichung kommen zu lassen.

Inhumane Mißstände und unabdingbare Versorgungsgrundsätze

Grobe inhumane Mißstände liegen insbesondere noch in Einrichtungen der forensischen Psychiatrie vor.

Bei der Realisierung der Neuordnung wird die gemeindenahe, bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller Patientengruppen, sowie ihre Gleichstellung mit körperlich Kranken und Behinderten z. Z. noch dadurch erschwert, daß *vorhandene Einrichtungen als Standorte zu wenig in Frage gestellt werden und der Aufbau komplementärer Dienste vernachlässigt* wird. Diese Situation ist zu verbessern.

Defizite in den therapeutischen Berufsgruppen

Wegen der z. T. erheblichen Personaldefizite in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, die sich nach derzeitigen Prognosen auch bei günstigster Entwicklung in den nächsten 20 Jahren nicht ganz beseitigen lassen, ist eine *exakte Nachfrage- und Bedarfsplanung für Aus- und Weiterbildungsstätten nach Berufsgruppen* erforderlich. Die Regelung von Ausbildungsdauern, Ausbildungsinhalten und -prüfungsordnungen unter Berücksichtigung der Arbeitsbefähigung steht für therapeutische Berufsgruppen (wie sie hier abgehandelt werden) z. T. noch aus. Zur Unterstützung der ärztlichen Berufe erscheint ein *Berufsgesetz für nicht-ärztliche Psychotherapeuten besonders dringlich.*

Durch *Entwicklung geeigneter Kooperationsmodelle für den Personalaustausch und -ersatz zwischen Institutionen verschiedener Trägerschaft* könnten gerade in komplementären Diensten Personalüberbesetzungen vermieden und damit ein Beitrag zur Verringerung der Defizite geleistet werden (siehe Varianten: Personalausstattung in der komplementären Versorgung, Abschnitt 3.1).

Ressortübergreifende Planung der Versorgung

In der Psychiatrie, Psychotherapie/Psychosomatik werden Sozial-, Gesundheits- und Bildungsressorts parallel häufig ohne hinreichende Abstimmung tätig, wodurch kostenintensive Fehlplacierungen, Versorgungsabbrüche u. a. verursacht werden. Deshalb sollten die Spitzenverbände darauf hinwirken, daß sich die Träger der psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung zur *Rationalisierung ihrer Vorhaben, von der Zielkonzertierung über die Rahmenplanung bis zur Durchführung,* verpflichten.

Finanzierungsmittel für die Psychiatrie-Reform

Durch Rationalisierungen des gegenwärtigen psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgungssystems sind keine nennenswerten Mittel zur Durchführung der Psychiatriereform frei zu bekommen. Für die Effizienz der künftigen Mittelverteilung wird es entscheidend sein, ob es gelingt, Fehlplacierungen auszuräumen, weil Fehlplacierungen eine Konzentration der Mittel auf die teuerste Versorgungsform (Krankenhaus) über den eigentlichen Krankenhausbedarf hinaus zur Folge haben. Die Möglichkeiten, die *Psychiatriereform durch Rationalisierungen in der* (aus psychiatrischer Sicht reich ausgestatteten) *Allgemeinmedizin zu finanzieren, könnten durch spezielle Untersuchungen dargelegt werden.* Zur Vergleichbarkeit und Rationalisierung der Ausstattung in der Psychiatrie und in der Allgemeinmedizin wäre die *Planung nach einem Versorgungsraster (wie es in der Planungsstudie zur Psychiatrie-Enquete aufgestellt wurde) auch in der Allgemeinmedizin von Nutzen."*

2. Stellungnahme der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission zur Planungsstudie

PROF. DR. MED. C. KULENKAMPFF
Landesrat

5 Köln, den 15. Februar 1977

Frau Bundesminister
A. HUBER
Bundesminister für Jugend,
Familie und Gesundheit
Deutschherrenstr. 87
5300 Bonn-Bad Godesberg

Betr.: Stellungnahme der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission zur Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

Sehr geehrte Frau Minister!

Entsprechend der mit Ihrem Hause getroffenen Vereinbarung hat der erweiterte Vorstand der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland die Planungsfirma Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH bei der Fertigstellung der jetzt vorliegenden Planungsstudie mit seinem Expertenrat fortlaufend begleitet.

Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission hat, ergänzt durch Mitglieder der ehemaligen Arbeitsgruppen, die Planungsstudie auf ihrer Sitzung vom 28. bis 29. Januar 1977 sehr eingehend beraten. Sie hat mit Befriedigung zur Kenntnis genommen, daß nunmehr gemäß der von ihr ausgesprochenen Empfehlung Kosten- und Finanzierungsgrundlagen für eine Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter den Beteiligten in Bund und Ländern zur Verfügung stehen.

Das Ergebnis der Beratung hat die Ehemalige Sachverständigen-Kommission in einer Stellungnahme niedergelegt, die ich mir erlaube, Ihnen mit diesem Schreiben zuzuleiten. Ich gehe im Einvernehmen mit den Mitgliedern der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission davon aus, daß der kritische und in wichtigen Punkten erläuternde Text bei der Erarbeitung der Stellungnahme der Bundesregierung entsprechende Berücksichtigung findet.

Mit verbindlichen Empfehlungen
Ihr
Prof. Dr. C. Kulenkampff

Stellungnahme der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission zur Planungsstudie

Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission begrüßt den Abschluß der noch während ihrer Tätigkeit begonnenen Studie der Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH über Kosten- und Finanzierungsgrundlagen einer Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter (Enquete-Bericht, Kapitel H 5).

Die Planungs-GmbH hat diese Studie, beauftragt durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, in eigener Verantwortung erarbeitet. Sie hatte dabei von den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission auszugehen. Soweit für den Zweck der Studie notwendig, bestand für sie die Möglichkeit, sich diese Empfehlungen durch Mitglieder der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission und ihrer Arbeitsgruppen erläutern zu lassen oder deren Stellungnahme zu Detailfragen einzuholen.

Die Planungsstudie befaßt sich, dem Auftrag entsprechend, mit den Zielvorstellungen des Berichtes der Sachverständigen-Kommission. Die Grundforderung des Berichtes nach Beseitigung grober, inhumaner Mißstände in den bestehenden Einrichtungen (Enquete-Bericht, Kapitel H 1) war nicht Gegenstand des Planungsauftrages. Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission möchte noch einmal hervorheben, daß diese Forderung unverändert vorrangige Bedeutung behalten muß.

Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission und Mitglieder ihrer Arbeitsgruppen nehmen zu den wesentlichen Ergebnissen der Planungsstudie wie folgt Stellung:

1

Die Sachverständigen-Kommission war sich bei Verabschiedung des Berichtes darüber im klaren, daß die Verwirklichung aller ihrer Zielvorstellungen finanzielle und personelle Aufwendungen erforderlich machen würde, deren Umfang eine solche Neuordnung unrealistisch erscheinen lassen könnte. In der Präambel zum Enquete-Bericht war deshalb bereits ausgeführt worden, daß diese Neuordnung mit den zu jeder Zeit begrenzten personellen und finanziellen Möglichkeiten in Einklang zu bringen sei. Auch aus der jetzt vorliegenden Planungsstudie ergibt sich, daß man sich den Zielvorstellungen nur in Stufen und in größeren Zeiträumen nähern kann. Sie erfordern eine Prüfung der Dringlichkeit der einzelnen Vorhaben und wohlüberlegte sowie fortlaufend auf ihre Wirksamkeit hin untersuchte Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Ein solches Vorgehen gewinnt vor allem dann Bedeutung, wenn, wie in der gegenwärtigen Situation, eine Kostenreduzierung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens allseits als unumgänglich angesehen wird.

2

Die Betten/Platzmeßziffern und Personalbedarfszahlen beruhen zu einem hohen Anteil auf Schätzungen von Experten. Sie sind nur partiell durch bereits erprobte Versorgungsangebote abgesichert. Deswegen sind sie auch in der Planungsstudie nicht als unabänderliche Daten behandelt worden. Es handelt sich demnach um Werte, die zukünftig der Korrektur bedürfen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, daß die mittleren Personalausstattungen, welche den Kostenberechnungen zugrunde gelegt wurden, in vielen Fällen von den entsprechenden Einrichtungen schon heute erreicht werden.

In diesem Zusammenhang möchte die Ehemalige Sachverständigen-Kommission erneut betonen, daß alle im Zuge einer Neuordnung vorgenommenen Veränderungen einer ständigen Überprüfung bedürfen. Dies ist notwendig, um die Möglichkeiten und Auswirkungen der Versorgungsformen fortlaufend vergleichen zu können. Bei den teilweise schon begonnenen Veränderungen der Versorgung nach den Vorstellungen der Sachverständigen-Kommission sind auch Veränderungen bei der Verteilung des Bedarfs auf den ambulanten und komplementären Bereich sowie auf den Krankenhausbereich zu erwarten. Hinsichtlich der Deckung des Personalbedarfs könnten außerdem Änderungen der Aufgabenverteilung — als Auswirkung verbesserter Aus- und Weiterbildung etwa — zwischen den einzelnen Berufsgruppen Bedeutung gewinnen und zu neuen Schlüsselzahlen führen.

3

Diese Überprüfung der Auswirkungen und Veränderungen muß sich auf die unmittelbaren Erfahrungen mit den verschiedenen Versorgungsformen beziehen, wissenschaftlich gründlich geplant, systematisch organisiert und als fortlaufende Analyse vorgenommen werden. Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission vertritt die Ansicht, daß nach Erarbeitung des Enquete-Berichtes und nach Erstellung der Planungsstudie die Vorbereitung einer derartigen ständigen Analyse der Neuordnung und Erweiterung der Versorgung als nunmehr vordringliche Planungsaufgabe anzusehen ist.

4

Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission hält es in Übereinstimmung mit der Planungsstudie für nötig, daß die im Enquete-Bericht geforderten *Modellversorgungsgebiete* (Enquete-Bericht, Kapitel H) in den Bundesländern mit Unterstützung des Bundes eingerichtet werden. Nur aus der konkreten Versorgungssituation läßt sich eine empirische Überprüfung vornehmen. Hierzu, aber auch zur Fortschreibung der Gesamtplanung mit der dazu notwendigen Erarbeitung erforderlicher Unterlagen (vgl. Enquete-Bericht, Kapitel B 6.4.2, Aufgabenkatalog) ist eine *Institution auf der Ebene der elf Bundesländer,* unter Berücksichtigung vorhandener Einrichtungen, unerläßlich.

5

Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission hat im übrigen allen Anlaß, noch einmal die in ihrem Bericht (Enquete-Bericht, Kapitel B 6) und in der Planungsstudie hervorgehobene Forderung nach einer die Zuständigkeit von Ressorts und Trägern übergreifenden Planung und Kooperation bei gemeinsamen Versorgungsaufgaben sowie nach Beseitigung von Versorgungshindernissen durch Probleme der Kostenzuständigkeit (Krankenkassen, Sozialhilfeträger, Jugendhilfeträger) hervorzuheben. Dies trifft insbesondere dort zu, wo Träger Wohnheime und Übergangsheime für psychisch Kranke und seelisch Behinderte errichten wollen. Es sind alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, daß die bestehenden gesetzlichen Vorschriften auch wirklich ausgeschöpft werden oder gegebenenfalls zwischen den beteiligten Leistungsträgern Vereinbarungen getroffen werden, welche den Betrieb dieser so wichtigen komplementären Dienste ermöglichen.

6

Mit Befriedigung kann die Ehemalige Sachverständigen-Kommission feststellen, daß nach dem Ergebnis der Planungsstudie die Vorstellungen der Sachverständigen-Kommission nicht allein vom Standpunkt einer bedarfsgerechten Versorgung, sondern auch aus Kostensicht die bessere Lösung bieten. Durch die von der Sachverständigen-Kommission vorgeschlagene Differenzierung der verschiedenen Dienste nach der Behandlungsbedürftigkeit werden sich langfristig die Kosten im Investitions- und Personalbereich gegenüber denen verringern, die entstehen würden, wenn man an der bisherigen, vorwiegend auf das Krankenhaus bezogenen Versorgungsform festhielte (Planungsstudie, S. 293).

7

Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission hält es für außerordentlich bedeutungsvoll, daß die Planungsstudie nunmehr auch einen *Zeitstufenplan* für die weitere Entwicklung an die Hand gibt (Planungsstudie, S. 295 ff). Er bietet den Rahmen für realistische und sinnvoll aufeinander aufbauende Planungsschritte und für die Bereitstellung von Finanzierungsmitteln zur Verbesserung der Versorgung. Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission weist deswegen noch einmal ausdrücklich darauf hin, daß sie ihre Empfehlungen im Zusammenhang mit einem derartigen Zeitrahmen verstanden wissen möchte.

8

Da die Ehemalige Sachverständigen-Kommission der Meinung ist, daß eine ins einzelne gehende Planung einen Zeitraum von zehn bis zwölf Jahren nicht überschreiten sollte, hat sie sich vornehmlich mit den ersten beiden Zeitstufen befaßt (Planungsstudie, S. 296 ff.). Sie ist dabei davon ausgegangen, daß in bestimmten Bereichen eine Realisierung der in der ersten Stufe vorgeschlagenen Maßnahmen bis etwa in das Jahr 1985 ausgedehnt werden könnte. Maßnahmen aus der ersten Stufe werden sich daher teilweise mit Maßnahmen der zweiten Stufe überschneiden müssen. Es ist selbstverständlich, daß Vorhaben innerhalb des angezeigten Zeitrahmens nach Maßgabe ihrer Dringlichkeit — unter Umständen sofort — geplant und in Angriff genommen werden können. Dies betrifft insbesondere die komplementären und ambulanten Dienste sowie die Planung und Errichtung von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die im Enquete-Bericht mit den ersten Prioritäten versehen worden sind (Enquete-Bericht, H 4).

9

Im einzelnen äußert sich die Ehemalige Sachverständigen-Kommission zu folgenden Punkten der Planungsstudie:

9.1 Zum Abschnitt „Aus-/Weiterbildung" (S. 296)

9.1.1 Ärztliche Heilberufe

Bei den vorgeschlagenen Maßnahmen fehlen: Die Förderung von Weiterbildungsgängen zum Nervenfacharzt und zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Festsetzung der Anforderungen an die Weiterbildungsstätten.

9.1.2 Nichtärztliche Heilberufe

Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission legt Wert darauf, daß bei der Realisierung des Gesetzes für nichtärztliche Psychotherapeuten ihre Ausführungen hierzu (Enquete-Bericht, Kapitel C 3.2.2 ff.), besonders bezüglich der Anforderungen für die Zusatzausbildung zum klinischen Psychologen, volle Berücksichtigung finden.

9.1.3 Organisation

Die Formulierung des dritten Spiegelstriches ist mißverständlich. Es muß heißen:

... für Aus- und Weiterbildung ..., weil sowohl die Aus- und Weiterzubildenden als auch die Aus- und Weiterbilder gemeint sind.

9.2 Zum Abschnitt „Kinder- und Jugendpsychiatrie" (S. 298)

9.2.1 Bau und Betrieb von Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Es ist zu prüfen, in welchem Umfang Geburtenrückgang und das Freiwerden von Raumkapazitäten im Bereich der allgemeinen Krankenhausversorgung die Planungsvoraussetzungen beeinflussen. Hinsichtlich der möglichen Planungsvarianten kann auf die „Ausführungen der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie" im Anhang des Enquete-Berichtes (S. 36, Abschnitt 5) verwiesen werden.

Hingewiesen wird außerdem auf die Planungsvarianten der Planungsstudie hinsichtlich der Betten-

meßziffer (S. 36) und der Beziehungen zu anderen Versorgungseinrichtungen (S. 46). Bei Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte muß darauf geachtet werden, daß das Prinzip der Regionalisierung gewährleistet bleibt.

9.3 Zum Abschnitt „Allgemeine Psychiatrie" (S. 300)

9.3.1 Komplementäre Dienste

Wegen der ersten Priorität, welche die Sachverständigen-Kommission dem Aufbau der komplementären Dienste gegeben hat, ist neben der Planung derartiger Einrichtungen ihre Realisierung ohne zeitlichen Verzug voranzutreiben.

9.3.2 Krankenhausversorgung

9.3.2.1

Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern sind nicht nur bedarfsgerecht zu planen, sondern gemäß den Empfehlungen des Enquete-Berichtes, wo immer möglich, zu errichten.

9.3.2.2

Ferner ist dafür Sorge zu tragen, daß die Umstrukturierung und Verbesserung der bestehenden psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen zügig fortgeführt wird. Insbesondere ist hierbei eine bedarfsgerechte, das heißt in einer angemessenen Relation zum Aufbau der komplementären Dienste stehende Reduzierung der Bettenkapazitäten dieser Einrichtungen zu fordern. Die Reduzierung der Bettenzahl soll zu einer Verbesserung der personellen Ausstattung genutzt werden.

9.3.2.3

Auch an dieser Stelle möchte die Ehemalige Sachverständigen-Kommission darauf hinweisen, daß alle Planungen die Grundforderung nach einer Humanisierung der Verhältnisse in den bestehenden Einrichtungen zu berücksichtigen hat.

9.4 Zum Abschnitt „Gerontopsychiatrie" (S. 302)

9.4.1 Ambulante Dienste

9.4.1.1

Gemäß den Empfehlungen im Enquete-Bericht sollen gerontopsychiatrische Zentren aus Fachambulanz, Tagesklinik und sogen. Assessment-Unit bestehen (Enquete-Bericht, Kapitel B 3.7.2.3.6).

9.4.1.2

Für die gerontopsychiatrische Versorgung sind keine eigenen Beratungsstellen vorgesehen. Bei den empfohlenen Maßnahmen handelt es sich um eine Verbesserung und Vereinheitlichung des bereits bestehenden Beratungsangebotes.

9.4.2 Komplementäre Dienste

Bei den vorgeschlagenen Empfehlungen, ein Drittel des Defizites in die Planung zu bringen, sollten insbesondere Altenkrankenheime vorrangige Berücksichtigung finden.

9.5 Zum Abschnitt „Suchtkranke" (S. 304)

9.5.1 Suchtfachabteilungen

Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission vertritt die Ansicht, daß Suchtfachabteilungen in der zweiten Stufe nicht lediglich an acht weiteren, sondern möglichst an allen verbleibenden psychiatrischen Krankenhäusern eingerichtet werden sollen. Die Eintragungen in Stufe 3 und 4 müssen daher entfallen.

9.6 Zum Abschnitt „Neurotisch und psychosomatisch Kranke" (S. 306)

9.6.1 Aus-/Weiterbildung

Im Zusammenhang mit der Empfehlung der Sachverständigen-Kommission, ein Fachgebiet beziehungsweise einen Facharzt auf dem Gebiet Psychotherapie/Psychosomatik einzuführen, stellt die Ehemalige Sachverständigen-Kommission fest, daß sie gemäß den entsprechenden Ausführungen im Enquete-Bericht (Kapitel C 3.1.3) eine solche Empfehlung an die Voraussetzung knüpft, daß es zugleich zum Ausbau der Möglichkeiten zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" kommt.

Ferner muß bei der Verwirklichung dieser Empfehlungen sichergestellt werden, daß in den Weiterbildungsgängen für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie die Weiterbildungsinhalte und die Qualifikation für Psychotherapie/Psychosomatik integriert bleiben sowie vertieft und erweitert werden.

9.7 Zum Abschnitt „Epilepsiekranke (S. 308)

Generell möchte die Ehemalige Sachverständigen-Kommission zu diesem Abschnitt folgendes sagen:
Trotz der Bedeutung, welche die Ehemalige Sachverständigen-Kommission der Versorgung der Epilepsiekranken zumißt, besteht doch eine gewisse Sorge, daß sich hier für einen umgrenzten Personenkreis ein gesondertes Versorgungssystem entwickeln könnte. Es ist daher bei der Realisierung der Planungsvorhaben der Sachverständigen-Kommission darauf zu achten, daß sich die Versorgungsangebote für Epilepsiekranke an schon bestehende medizinische Versorgungssysteme anlehnen. Dies gilt indessen in der Regel nicht für die überregionalen Epilepsie-Zentren.

9.8 Zum Abschnitt „Psychisch kranke Rechtsbrecher" (S. 310)

9.8.1 Personal

Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission stellt fest, daß die Stellenpläne für stationäre Krankenhauseinrichtungen, welche psychisch kranke

Rechtsbrecher versorgen, von einem höheren Schlüssel ausgehen müssen, als er für die „Allgemeine Psychiatrie" vorgesehen ist.

9.8.2 Justizvollzug

9.8.2.1

Sozialtherapeutische Anstalten sind nicht nur bedarfsgerecht zu bemessen und zu planen, sondern gemäß den gesetzlichen Vorschriften einzurichten.

9.8.2.2

Der Text in der Stufe 2 sollte heißen: „Realisation sozialtherapeutischer Anstalten".

9.9 Zum Abschnitt „Geistig behinderte Erwachsene" (S. 312)

keine Stellungnahme

9.10 Zum Kapitel „Patientengruppenübergeordnete Versorgungsaufgaben (S. 263 bis 268)

Zu diesem Kapitel nimmt die Ehemalige Sachverständigen-Kommission keine Stellung, da der Enquete-Bericht sich hierzu nicht geäußert hat.

Des weiteren hat die Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH von der Sachverständigen-Kommission nicht gebilligte Meinungsbeiträge in das

Kapitel 6 „Prioritäten" (S. 295 ff)

aufgenommen. Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission distanziert sich daher von diesen Ausführungen. Es handelt sich um folgende Stellen:

— S. 305, im Abschnitt „Suchtkranke", Zeile ‚Forschung'

  Dieser Beitrag sollte auch deswegen unbeachtet bleiben, weil er den falschen Eindruck vermittelt, als ob nur hier und nicht ebenso an anderen Stellen Forschung gefördert werden sollte. Die Meinung der Sachverständigen-Kommission hierzu ist in Kapitel F „Forschung" niedergelegt.

— S. 309, im Abschnitt „Epilepsiekranke", Zeile ‚Aus-/Weiterbildung'

  Ausbildungspläne für Zusatzausbildung für Epileptologie (Stufe 1), Anerkennung einer Zusatzausbildung in der Facharztordnung (Stufe 2), Einrichtung von drei Lehrstühlen für Epileptologie sowie alle weiteren Eintragungen in den Stufen 2 bis 4, Grundsatzüberlegungen zur Förderung für die Hersteller nicht rentierlicher Medikamentenentwicklung sowie die Eintragung in der Stufe 2.

Die Ehemalige Sachverständigen-Kommission ist der Ansicht, daß der Enquete-Bericht, die Planungsstudie und die hier vorgelegte Stellungnahme den Behörden des Bundes, der Länder und der Gemeinden nunmehr die Orientierungsdaten zur Verfügung stellen, die diesen eine Übertragung der Zielvorstellungen auf unterschiedliche Gegebenheiten und konkrete Schritte zu einer Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ermöglicht.

IV. Stellungnahmen der Bundesländer

1. zum Zwischenbericht:
zu den Vorhaben auf Länderebene in der Stellungnahme der Bundesregierung (Drucksache 7/1124) *), 1975

2. zur Psychiatrie-Enquete (Drucksache 7/4200) und weitgehend auch zur Planungsstudie, 1977/1978

Lfd. Nr.	Bundesland	Zwischen-bericht	Psychiatrie-Enquete (weitgehend auch Planungsstudie)	Seite
1	Baden-Württemberg	1975	1977	114
2	Bayern	1975	1978	122
3	Berlin	1975	1977	129
4	Bremen	1975	1977	137
5	Hamburg	1975	1977	153
6	Hessen	—	1977	159
7	Niedersachsen	1975	1978	166
8	Nordrhein-Westfalen	1975	1977	177
9	Rheinland-Pfalz	1975	1977	185
10	Saarland	—	1978	191
11	Schleswig-Holstein	1975	1977	196

*) s. S. 72

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg

22. Oktober 1975

Zur Abwicklung von Vorhaben auf Landesebene wird unter Bezugnahme auf S. 6 des „Zwischenberichts" — vgl. Drucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973 — folgendes berichtet:

Zu 22.1 Aufstellung eines langfristigen Gesamtprogramms

1974/75 wurde der *Psychiatrieplan* Baden-Württemberg — der in Abstimmung mit einem Psychiatriebeirat erarbeitet wurde — von Landesregierung und Parlament verabschiedet. Er hat die Ergebnisse des Zwischenberichts bereits mitberücksichtigt und liegt dem BMJFG vor.

Besondere Anliegen und Ziele des Psychiatrieplans gehen aus der Anlage hervor.

Zu 22.2 Sofortprogramme

Im Psychiatrieplan Baden-Württemberg sind folgende kurz- bis mittelfristigen Programme aufgestellt:

Personell

Es ist vorgesehen, das Personal der bestehenden PLK's weiter zu verstärken und in einem Dringlichkeitsprogramm *875* Stellen in einem Zeitraum von fünf Jahren neu zu schaffen.

Die durch das zusätzlich vorgesehene Personal — gegebenenfalls einschließlich der für den Ausgleich der Arbeitszeitverkürzung erforderlichen Stellen — entstehenden Mehraufwendungen werden durch die Pflegesätze voll gedeckt. Für das PLK Hirsau gilt dieses nach Abschluß der Anlaufzeit.

Für das neue PLK Hirsau sollen 1975 und 1976 weitere *271* Stellen ausgebracht werden.

Langfristig soll die Zahl der Personalstellen in allen stationären Einrichtungen dem Schlüssel der Weltgesundheits-Organisation angeglichen werden.

Baumaßnahmen

In den bestehenden Einrichtungen, besonders aber in den Landeskrankenhäusern, muß eine *humane* Unterbringung gesichert werden. Als Ersatz für unbrauchbare Krankenstationen und um die Überbelegung abbauen zu können, werden gegenwärtig acht Krankengebäude erstellt; von den geplanten ca. 25 Arbeitstherapiehallen ist etwa die Hälfte in Betrieb. Die Planung für Gemeinschaftszentren bei den PLK's soll abgeschlossen, abschnittsweise soll mit dem Bau begonnen werden.

Das PLK Hirsau geht 1975 in Betrieb.

Bei den nichtstaatlichen psychiatrischen Fachkrankenhäusern Rottenmünster und Christophsbad Göppingen wird die Erstellung moderner klinischer Zentren gefördert.

Beim Caritaskrankenhaus Bad Mergentheim wird der Bau eines Nervenzentrums mit etwa 220 Betten gefördert. 1976 wird das seitherige Kreiskrankenhaus Nürtingen in ein psychiatrisches Behandlungszentrum umgebaut.

Die Fördermittel für das Bauprogramm im nichtklinischen Bereich sollen erhöht werden.

Der wesentliche Teil des Sofortprogramms der Landesregierung für die PLK's sowie die Restsanierung der Fachkrankenhäuser Rottenmünster und Christophsbad Göppingen und der Ausbau der Nervenabteilung in Sigmaringen, Karlsruhe und Stuttgart sollen abgeschlossen werden.

Dem klinischen Bereich der Psychiatrie wird im Krankenhausjahresprogramm Vorrang eingeräumt. Im mehrjährigen Durchschnitt werden *etwa 20 v. H.* der Fördermittel für diese Zwecke vorgesehen.

Die Fördermittel für nichtklinische Einrichtungen sollen bis 1980 im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten *aufgestockt* werden.

Zu 22.3 Gleichstellung der psychisch Kranken

Die Gleichstellung der psychisch Kranken ist auch in Baden-Württemberg ein großes Anliegen. Beispielhaft seien drei Bereiche aufgeführt.

a) So hat sich das Land seinerzeit betont dafür eingesetzt, daß psychiatrische Einrichtungen mit ihren klinischen Anteilen in die Förderung nach dem KHG einbezogen werden. In Fortführung dieser Bestrebungen ist im Psychiatrieplan Baden-Württemberg festgelegt, daß dem klinischen Bereich der Psychiatrie im Krankenhausbauprogramm Vorrang eingeräumt wird. Um dem Nachholbedarf Rechnung zu tragen, werden im mehrjährigen Durchschnitt etwa 20 v. H. der Fördermittel für diese Zwecke vorgesehen. Ferner sollen die Fördermittel für nichtklinische, also die Bereiche aus dem Heimsektor sowie flankierende Dienste aufgestockt werden.

b) Seit Jahren hat sich Baden-Württemberg mit dafür eingesetzt, daß psychisch Kranke nicht mehr weiter in das Zentralregistergesetz (BZRG) einbezogen werden. Die Sachverständigen-Kommission hat bekanntlich die Streichung des § 13 BZRG empfohlen; entsprechende Schritte auf Bundesebene sind eingeleitet.

c) Zur Gewährung von Taschengeld an psychisch Kranke.

Bei der Gewährung von Taschengeld nach dem BSHG an psychisch Kranke in psychiatrischen Krankenhäusern wurde bisher — wohl in allen Bundesländern — grundsätzlich ein geringerer Betrag gewährt als an Hilfeempfänger, z. B. in Altersheimen. Nur in einzelnen, zu begründenden Fällen wurde auf Antrag den psychisch Kranken in diesen Einrichtungen das Taschengeld in voller Höhe gewährt. Dafür mußte ein sog. „Geldverständnis" der Kranken nachgewiesen werden. Wollte man seither diese Ausnahme weitgehend zur Regel machen, war ein hoher Verwaltungsaufwand nötig, um eine nicht begründete Diskriminierung der psychisch Kranken zu verhindern.

Nach langem Drängen konnte in Baden-Württemberg ab 1. Januar 1974 erreicht werden, daß auch die Empfänger von Taschengeld nach dem BSHG in den PLK's *uneingeschränkt* das volle Taschengeld erhalten.

Diese Regelung sollte im ganzen Bundesgebiet erreicht werden.

Zu 22.4 Verbesserung der qualitativen und quantitativen Personal-Situation

22.4.1

a) In Baden-Württemberg wird gegenwärtig eine landeseinheitliche Regelung mit Ausbildungsordnung für eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung erarbeitet. Es erfolgt dabei eine Abstimmung mit bereits vorhandenen Vorschlägen.

b) An der Berufsakademie Baden-Württemberg in Stuttgart werden zur Zeit erstmals in einem sechssemestrigen stark praktisch orientierten Studium Sozialpädagogen ausgebildet. Die Ausbildung ist dem Sozialarbeiter vergleichbar. Die Berufsakademie beabsichtigt, die Ausbildung auch für einen Einsatz in der Psychiatrie auszuweiten. Dies würde dann bedeuten, daß der praktische Teil der Ausbildung in psychiatrischen Krankenhäusern abzuleisten ist. Die praktische Durchführung geschieht in der Weise, daß der Krankenhausträger mit den Auszubildenden einen Ausbildungsvertrag abschließt.

22.4.2 Erarbeitung von Curricula

Nach hiesiger Auffassung würde diese Aufgabe zweckmäßigerweise überörtlich gelöst, z. B. durch die Bundesarbeitsgemeinschaft psychiatrischer Krankenhausträger.

22.4.3 Weiter- und Fortbildung von Ärzten

Der Weiterbildung zu Fachärzten für Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie wird in letzter Zeit vermehrt Augenmerk geschenkt, weil die Nachfrage junger Ärzte nach Weiterbildungsmöglichkeiten groß ist, weil ein erheblicher Anteil der klinisch tätigen Ärzte noch nicht Facharzt ist und weil Arztstellen noch nicht mit qualifizierten Fachärzten besetzt werden konnten. Zusätzlich zu den bereits durchgeführten Weiterbildungsveranstaltungen in den Landeskrankenhäusern wurde ein überörtliches, stark praxisbezogenes Programm aufgestellt, das die PLK's in Zusammenarbeit mit den Universitäts-Nervenkliniken durchführen werden. Für Ärzte der Landeskrankenhäuser soll die Teilnahme an solchen Veranstaltungen in gewisser Hinsicht obligatorisch werden. Die Ärztekammern sollen auf diese Veranstaltungen hinweisen.

Das Land bemüht sich, die haushaltsrechtlichen Voraussetzungen sowohl für diese Weiterbildungsprogramme wie für eine intensivierte Fortbildung zu schaffen.

22.4.4 Weiter- und Fortbildung für Angehörige nichtärztlicher Heilberufe

Die Möglichkeiten zur Weiterbildung, insbesondere des Pflegepersonals, sind in ausreichendem Maße vorhanden. Die haushaltsrechtlichen Voraussetzungen wurden geschaffen. So werden z. B. geeignete Pflegepersonen bei voller Weitergewährung der Bezüge zur Ausbildung als Unterrichtsschwester, für die Stations- oder Pflegeleitung an bestehende Weiterbildungsstätten abgeordnet. Als Krankenhausträger wäre das Land daran interessiert, daß sich noch mehr Teilnehmer hierzu bereit fänden.

Auch die Fortbildung wurde durch erhebliche Aufstockung der Haushaltsmittel in den letzten Jahren gefördert, um auch die nichtärztlichen Mitarbeiter laufend mit den Fortschritten in der Psychiatrie und Psychohygiene vertraut zu machen.

Im Auftrag

Prof. Dr. med. Göttsching

Anlage

Auszug aus dem Psychiatrieplan Baden-Württemberg 1974/75

Bei der Bedarfsberechnung wurde unterschieden zwischen klinischem und nicht-klinischem (= Heim-) Bereich.

Dargestellt ist die sog. „Psychiatrische Grundversorgung", zusätzlich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtkrankheiten. Ferner gibt es eine Darstellung

der ambulanten sowie der psychotherapeutischen Versorgung.

Entsprechend den Zuständigkeiten in Baden-Württemberg sind geistig Behinderte nicht in den Plan einbezogen.

Bedarf

klinisch	1,05 Betten/1 000 E.
nicht-klinisch	0,7 Betten/1 000 E.

Es sind zwei Strukturmodelle dargestellt, eines für dünnbesiedelte Räume und eines für Ballungsräume. Es wurde ein Stufenplan für die Realisierung der Versorgungsstrukturen aufgestellt.

Die heranstehenden Aufgaben wurden nach Prioritäten geordnet. Es wurde dargestellt, was kurz-, mittel- und langfristig realisiert werden sollte.

Für den Personalsektor wurde ein Dringlichkeitsprogramm mit 875 zusätzlichen Stellen in den nächsten fünf Jahren aufgestellt.

Weitere Gesichtspunkte

Hauptanliegen ist, eine bessere Zuordnung der Versorgungsgebiete zu erreichen. Baden-Württemberg hatte wegen der historisch bedingten sehr ungleichmäßigen Verteilung der psychiatrischen Einrichtungen eine besonders schlechte Ausgangslage. Ein erster Schritt für eine bessere Zuordnung und damit eine wohnsitznähere Behandlung ist die Übernahme eines Pflichtaufnahmegebiets durch drei nichtstaatliche Einrichtungen. Zur Realisierung des Regionalisierungsprinzips werden in der Zielplanung 31 Versorgungsgebiete anstelle der herkömmlichen acht angestrebt.

In Baden-Württemberg gibt es nicht nur allgemein ein Bettendefizit, sondern punktuell auch mehrere unterversorgte Gebiete. Dort sollen durch kommunale oder freie Träger Behandlungszentren — möglichst im Verbund mit Allgemeinkrankenhäusern — geschaffen werden. Mindestgröße 200 Plätze. Das Programm für eine solche integrierte Einrichtung mit 200 bis 220 Plätzen auf dem Gelände des Caritaskrankenhauses (Allgemeinkrankenhaus) in Bad Mergentheim ist aufgestellt. Im Jahresbauprogramm 1976 sind Haushaltsmittel für die Einrichtung eines psychiatrischen Behandlungszentrums im seitherigen Kreiskrankenhaus Nürtingen eingestellt.

Für den Plan brachte die seit Jahren geführte psychiatrische Dokumentation (Prof. Degkwitz, Freiburg) eine wertvolle Hilfe.

Bezüglich der Realisierung der Versorgungsstrukturen soll mehrgleisig vorgegangen werden:

Die Modernisierung der Landeskrankenhäuser soll — soweit es die Haushaltslage erlaubt — möglichst rasch abgeschlossen werden. Nichtstaatliche Krankenhäuser, wie das Christophsbad in Göppingen und die Klinik in Rottenmünster, sollen gleich behandelt werden und neue Einrichtungen sollen gleichzeitig schrittweise entstehen.

„Regionalisierung" der Psychiatrie

Im Mittelpunkt der Planvorstellungen steht die „Regionalisierung", das heißt, die Verlagerung der psychiatrischen Grundversorgung in die Nähe des Wohnorts der Patienten. Dafür und für die Verbesserung der Behandlung und Pflege enthält der Plan eine Anzahl von *„Leitlinien"*. Diese „Leitlinien" lauten:

— Beschleunigte Sanierung und Modernisierung bestehender Einrichtungen, insbesondere der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser, unter ausreichender Auflockerung der Belegung,

— stationäre und teilstationäre Behandlung möglichst innerhalb oder in der Nähe des eigenen Wohnorts,

— Einrichtung von leistungsfähigen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die die volle Grundversorgung für ein Versorgungsgebiet übernehmen können,

— enge funktionelle und nach Möglichkeit auch räumliche Verbindung psychiatrischer Fachkrankenhäuser mit Allgemeinkrankenhäusern,

— überschaubare Größe der stationären Einrichtungen, die eine individuelle Behandlung des Kranken gewährleistet,

— Verbesserung der personellen Situation,

— Zugang zu einer ambulanten Behandlung innerhalb oder in der Nähe des Wohnortes,

— Abbau der Vorurteile gegenüber psychisch Kranken in der Gesellschaft durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und Aufwertung der Behandlungseinrichtungen,

— verstärkte Verlagerung vom klinisch-stationären Bereich zur teilstationären und ambulanten Versorgung sowie nichtklinisch-stationären Betreuung in Wohn- und Pflegeheimen,

— Spezialisierung der Versorgung für Bereiche wie Psychogeriatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alkohol- und Suchtkrankheiten und psychisch kranke Rechtsbrecher,

— Behandlung aller Kranken innerhalb eines differenzierten, gestuften Versorgungssystems, das den Bedürfnissen aller Kranken gerecht wird und die Ausgliederung und Schlechterstellung der Langzeitkranken verhindert,

— Schaffung ausreichender und leistungsfähiger Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke einschließlich beschützter Arbeitsplätze und Wohnungen,

— Ausbau des Sozialdienstes und vermehrte Einrichtung von Beratungsstellen,

— verbesserte Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten des Personals,

— Koordinierung der an der psychiatrischen Versorgung der Kranken beteiligten Stellen.

Im Endstadium 31 Versorgungsbereiche

Die Landesregierung will die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung als eine Schwerpunktaufgabe der Landespolitik mit Nachdruck vorantreiben und im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten großzügig dotieren. Bis 1980 sollen — voraus-

gesetzt, die notwendigen Mittel können im Staatshaushaltsplan bereitgestellt werden — die bestehenden Psychiatrischen Landeskrankenhäuser strukturell und baulich im wesentlichen saniert sein. Die sogenannte Bettenmeßziffer (Patientenbetten in psychiatrischen Krankenhäusern je 1 000 Einwohner) wird sich von jetzt 1,24 auf 1,75 erhöhen. Gleichzeitig wird die psychiatrische Versorgung weiter regionalisiert werden. Im Endstadium sollen in Baden-Württemberg 31 Versorgungsgebiete anstatt z. Z. 11 (früher 8) bestehen. Die psychiatrische Grundversorgung eines solchen Versorgungsgebiets soll sich im allgemeinen decken mit der Kreisebene und etwa einer Einwohnerzahl von 200 000 bis 350 000 entsprechen. Möglichst keine Wohngemeinde im Land soll weiter als 40 Kilometer von einem klinischen Zentrum für die psychiatrische Grundversorgung entfernt sein. Das Krankenhaus als klinisches Zentrum soll mit Einrichtungen zur Kurzzeitbehandlung und zur Nachsorge kombiniert werden, die sich jedoch nur zum Teil im Zentrum des Versorgungsgebietes befinden müssen. Wohnheime, Pflegeheime und Werkstätten können beispielsweise auch getrennt vom klinischen Zentrum erstellt werden.

Psychiatrie-Enquete

5. August 1977

Zur Vorbereitung der Stellungnahme der Bundesregierung wird für Baden-Württemberg folgendes mitgeteilt:

Wie schon in der Stellungnahme zum Zwischenbericht am 22. Oktober 1975 berichtet wurde, basieren die Bemühungen um eine Reform der psychiatrischen Versorgung in unserem Lande auf dem Psychiatrieplan Baden-Württemberg (1974). Seine Konzepiton wurde auch in der Zwischenzeit weiterverfolgt. Es kann als ein glückliches zeitliches Zusammentreffen betrachtet werden, daß durch die gegebene Personalunion, d. h. durch die gleichzeitige Mitarbeit in der Sachverständigen-Kommission in alle seitherigen Überlegungen und *Planungen* und auch in den Jahren zuvor die Erkenntnisse und Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission mit ihren zahlreichen Sachverständigen und speziellen Arbeitsgruppen mit einfließen konnten. Dies gilt auch für die jetzt auf Bundesebene durch den Ständigen Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder gewährleisteten gegenseitigen Informationsfluß. Aber auch für die *Realisierung* der Vorhaben auf Landesebene hat allein schon die Breitenwirkung der laufenden Kommissionsarbeit wertvolle Impulse und Hilfen gegeben. Sie hat schon bisher wesentlich dazu beigetragen, dem psychiatrischen Landesprogramm im Landeshaushalt die erforderliche Priorität zu verschaffen bzw. zu erhalten. Diese Bedeutung der Kommissionsarbeit einleitend herauszustellen, erscheint berechtigt und angezeigt. Allen, die über Jahre hinaus in der Kommission neben ihren beruflichen Verpflichtungen mitgewirkt haben, ist Dank und Anerkennung auszusprechen.

Was das Psychiatrieprogramm in Baden-Württemberg im einzelnen anbetrifft, kann gesagt werden, daß sich die Konzeption des Psychiatrieplans weiterhin bewährt hat. Dies gilt besonders für die getroffene Differenzierung des Bedarfs in einen klinischen und nichtklinischen Bereich. Im Hinblick auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gewinnt diese Unterteilung immer größere Bedeutung. Auch das im Psychiatrieplan dargestellte System einer:

Stufung der Prioritäten (Sofortprogramm, mittel- und langfristige Programme),

Stufenplan (Denkmodell) zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung,

fand inzwischen in der Psychiatrie-Enquete bzw. in der diese ergänzende Studie (Firma Heinle, Wischer und Partner, Planungs-GmbH in Stuttgart) in der sogenannten „HWP-Studie" ihre Bestätigung. Für die Landesplanung der psychiatrischen Versorgung haben sich die Ergebnisse und Erkenntnisse der psychiatrischen Dokumentation bestens bewährt, die Prof. Dr. Degkwitz an der Universität Freiburg für die psychiatrischen Krankenhäuser durchführt.

Zweck der nachfolgenden Ausführungen wird es u. a. sein, die seit der Stellungnahme zum Zwischenbericht aus der Sicht Baden-Württembergs erreichten Fortschritte, die aktualisierten Erfordernisse, z. B. die sich abzeichnende Änderung der Bedarfslage und neu aufgetretene Problemkreise darzustellen. Dabei ist vorauszuschicken, daß das Land Baden-Württemberg seine außerordentlichen Bemühungen der vergangenen 18 Jahre um die Verbesserung der Situation der psychisch Kranken auch in der Zwischenzeit konsequent und zäh fortgesetzt hat. So konnte vieles verbessert werden; manches befindet sich aber erst im Stadium der Entwicklung und vieles ist noch zu tun.

Dieser Bericht greift im Blick auf die vorausgehenden Ausführungen einige Schwerpunkte heraus, denen aus bisheriger Sicht für die Zukunft besondere Bedeutung zukommt. Der Bericht soll in folgende Abschnitte gegliedert sein:

I Personalfragen

II Bauprogramm (Unterbringung der Kranken)

III Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung

IV flankierende Einrichtungen einschließlich teilstationärer und ambulanter Behandlung bzw. Beratung

Psychogeriatrie

Psychogeratie

Kinder- und Jugendpsychiatrie

VI Problemstellungen (Änderung der Bedarfslage, Finanzierungsprobleme, Schwierigkeiten bei der Rehabilitation, rechtliche Probleme usw.)

VII Zusammenfassung

Viele grundsätzliche und allgemeingültige Fachfragen und -feststellungen können hierbei unberück-

sichtigt bleiben, weil diesbezüglich auf die bereits abgegebene Stellungnahme des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder verwiesen werden kann. Dieser Stellungnahme des Arbeitskreises wird im Grundsatz zugestimmt.

I. Personalsektor

Das 1974 beschlossene *Dringlichkeits*programm mit 875 zusätzlichen Stellen für die psychiatrischen Landeskrankenhäuser läuft weiter. Aus finanziellen Gründen mußte es jedoch etwas gestreckt werden, so daß es nicht — wie ursprünglich vorgesehen — bis 1979 abgeschlossen sein wird. Grundlage für die weitere Personalplanung sind für Ärzte und Pflegepersonal die Anhaltszahlen der WHO, die auch von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie akzeptiert sind. Auf dieser Basis wird gegenwärtig ein neues Programm aufgestellt, das unbeschadet des laufenden Programms, das Planungskonzept für den personellen Endausbau fixieren soll.

Zur Verbesserung der therapeutischen Effektivität des *Pflegepersonals* soll für die staatlichen Krankenhäuser des Landes noch 1977 mit einer berufsbegleitenden sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung begonnen werden. Diese Ausbildung soll federführend vom PLK Weissenau durchgeführt werden, das schon seit Jahren Akademisches Krankenhaus (2. *klinischer* Studienabschnitt) für die Universität Ulm ist.

Zur Intensivierung und Verbesserung der Facharzt-Weiterbildung wurde zusammen mit der Direktorenkonferenz der Landeskrankenhäuser ein Programm entwickelt.

Es ist zu hoffen, daß mit der bestehenden Einführung der doppelten kaufmännischen Buchführung und der damit verbundenen Änderung der Betriebsform (in Baden-Württemberg Landesbetriebe bzw. Eigenbetriebe für die staatlichen Krankenhäuser) gerade auf dem Personalsektor mehr Elastizität erreicht wird.

II. Bauprogramm

Hier ist zu unterscheiden zwischen den Baumaßnahmen bei bestehenden Einrichtungen und der Einrichtung neuer Zentren.

1. Bestehende Einrichtungen

Die Hauptlast der stationären Krankenversorgung tragen weiterhin die neun psychiatrischen Landeskrankenhäuser und einige gleichzustellende Kliniken. Im Vordergrund steht weiterhin noch das Bestreben, hier baldmöglichst überall humane Unterbringungsverhältnisse zu schaffen und die Rehabilitationsmöglichkeiten auszubauen. Als Träger hat das Land in seine eigenen Kliniken nunmehr seit Anfang der 60er Jahre rd. 612 Millionen DM investiert. Die Modernisierung der Krankengebäude ist immer noch nicht in allen Krankenhäusern abgeschlossen, sie wird aber tatkräftig vorangetrieben. Es ist zu hoffen, daß Anfang der 80er Jahre weitgehend überall moderne Krankenstationen zur Verfügung stehen. Als großes Anliegen stehen unmittelbar heran der Abschluß des Programms für Arbeitstherapiehallen und die Realisierung der sogenannten Gemeinschaftszentren. Für das bei den landeseigenen Krankenhäusern noch abzuwickelnde Programm werden etwa weitere 200 Millionen DM benötigt. Hervorzuheben ist, daß eine ähnliche Zielplanung und eine entsprechende finanzielle Förderung auch bei jenen drei nichtstaatlichen Fachkrankenhäusern läuft, die sich verpflichtet haben, ein eigenes Pflichtaufnahmegebiet zu übernehmen.

2. Neue Behandlungszentren

Die Konzeption der Dezentralisierung wird weiter verfolgt. Es sind dabei auch schon konkrete Fortschritte zu verzeichnen. So ist eine psychiatrische Fachabteilung beim Kreiskrankenhaus Freudenstadt bereits in Betrieb. Sie muß noch durch flankierende Einrichtungen ergänzt werden. Das seitherige Kreiskrankenhaus Nürtingen wird gegenwärtig zu einem Behandlungszentrum mit ca. 170 Plätzen umgebaut. Es hat auch einen nichtklinischen Anteil. Augenblicklich laufen dort die Verhandlungen wegen weiterer ergänzender Übergangs- und Pflegeeinrichtungen. Das Projekt beim Caritaskrankenhaus Bad Mergentheim wird weiter verfolgt. Die Städtische Nervenklinik Stuttgart wird zur Zeit ausgebaut. Die Erweiterung der Nervenabteilung beim Kreiskrankenhaus Sigmaringen steht bevor.

In den nächsten Jahren wird neuen Behandlungszentren in den nachfolgenden weiteren Räumen besondere Dringlichkeit zukommen:

Stadt- und Landkreis Karlsruhe,

Stadtkreis Baden-Baden und Landkreis Rastatt,
Landkreis Lörrach,

Ostalbkreis und Heidenheim.

Die finanzielle Förderung erfolgt für alle Maßnahmen der bestehenden und neuen Einrichtungen zu einem guten Teil aus dem KHG. Im mehrjährigen Durchschnitt werden hierfür etwa 20 v. H. der Fördermittel eines Jahresbauprogramms vorgesehen. Daraus ist ersichtlich, daß im Krankenhausjahresbauprogramm der klinischen Psychiatrie weiterhin Vorrang eingeräumt wird. Hinzu kommt die finanzielle Förderung des nichtklinischen Bereichs, für den in Baden-Württemberg seit Jahren planmäßige Haushaltsmittel in einem gesonderten Fördertitel (jährlich ca. 7 Millionen DM) ausgebracht werden. In den letzten fünf Jahren wurden hieraus über 30 Millionen DM Fördermittel aufgebracht. Überwiegend wurde auf diesem Weg versucht, die *psychogeriatrische* Versorgung außerhalb der Landeskrankenhäuser nachhaltig zu verbessern.

III. Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung

Aus den obigen Ausführungen geht hervor, daß das Programm zur Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung weitergeführt wird, wie sie auch im

Psychiatrieplan Baden-Württemberg dargestellt ist. Als beachtlicher Fortschritt ist zu bezeichnen, daß aus ursprünglich acht Pflichtaufnahmegebieten inzwischen 12 und in Bälde 14 geworden sind. Auch nichtstaatliche Krankenhäuser haben Pflichtaufnahmegebiete übernommen. Dadurch ist einer wesentlichen Forderung des Arbeitskreises der Psychiatrie-Referenten inzwischen schon teilweise entsprochen.

Die geänderte Bedarfslage (siehe später) ist Anlaß, in der nächsten Zukunft auf diesem Sektor besonders umsichtig vorzugehen und die Prioritäten erneut zu überprüfen. In diesem Zusammenhang ist u. E. noch auf einen Punkt hinzuweisen, der im Schlußbericht nicht mit dieser Deutlichkeit herausgestellt ist:

Es ist leider üblich geworden, daß man beim Begriff der wohnsitznahen Versorgung überwiegend und an erster Stelle an die Klinische Psychiatrie, d. h. an die kurzfristige Akutbehandlung denkt. Auch potentielle Träger interessieren sich in erster Linie für die Akutpsychiatrie. Dieser Entwicklung muß aus folgenden Gründen entgegengewirkt werden:

Der Sinn der gemeindenahen stationären Versorgung ist es, zu vermeiden, daß der Kranke aus seinen familiären und sozialen Bezügen herausgelöst wird. Diese Gefahr ist aber selten bei einer Kurzzeitbehandlung, dagegen in der Regel bei längerfristiger Aufnahme und vor allem bei der Versorgung von psychisch gestörten alten Menschen gegeben. Dies war für Baden-Württemberg auch der Anlaß, schon seit etwa 15 Jahren die wohnsitznahe *psychogeriatrische* Versorgung schwerpunktmäßig voranzutreiben. Mit der o. g. speziellen Förderung von kommunalen und freigemeinnützigen Einrichtungen konnten in diesem Zeitraum — netzartig über das Land verteilt und auf Ballungsräume konzentriert — ca. 1 500 Plätze in Spezialpflegeheimen geschaffen werden. So konnten Schritt für Schritt Mißstände beseitigt werden, wie z. B. die früher notwendige Verlegung von alten Menschen aus Stuttgart in oberschwäbische Landeskrankenhäuser, so daß diese dann mehr als 150 km von zu Hause entfernt waren. Auch für langfristig Kranke, die vom Alter her noch für eine Rehabilitation heranstehen, ist es sehr wichtig, am Wohnsitz oder nahe dabei betreut zu werden. Daraus folgt die auch im Schlußbericht klar herausgestellte Forderung, daß psychiatrische Behandlungszentren unbedingt die Vollversorgung einer bestimmten Region gewährleisten müssen. Ein Behandlungszentrum wird oft in Stufen aufzubauen sein, wobei es durchaus denkbar ist, daß flankierende Einrichtungen und psychogeriatrische Pflegeheime als erste Schritte vorgezogen werden.

IV. Flankierende Einrichtungen

Die Auffassung des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatrie-Referenten wird geteilt: In der Stellungnahme des Arbeitskreises wird die Bedeutung und Dringlichkeit solcher Einrichtungen herausgestellt. Es wird unterstrichen, daß Träger der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege bereits viele komplementäre Dienste eingerichtet haben. Auch in Baden-Württemberg haben sich solche Träger in beachtlichem Umfang dieser Aufgabe bereits angenommen. An vielen Stellen zeichnen sich weitere Initiativen ab. Diesen stellen sich aber große Finanzierungsschwierigkeiten entgegen, insbesondere bei der Frage der Kostenträgerschaft; also mehr bei den Betriebs- als bei den Investitionskosten. Wenn es nicht gelingt, hier Lösungen zu finden, sind die ganzen Konzepte illusorisch, wonach man die vollstationäre Betreuung durch teilstationäre oder ambulante Dienste ergänzen möchte, nicht nur weil sie billiger, sondern auch zweckmäßiger sind. Im einzelnen kann auf diese Problematik hier nicht eingegangen werden, sie ist im übrigen dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit ebenso bekannt, wie dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Zum Bedarf bei flankierenden Einrichtungen sei hier folgendes gesagt:

Es erscheint angezeigt, die in ausländischen Staaten, z. B. in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern gewonnenen Anregungen auf die deutschen Verhältnisse hin zu analysieren und zu erproben. So war es für die Landesplanung hier sehr wertvoll, daß Ende der 60er Jahre vom Fachreferenten des Ministeriums in Personalunion in der Landeshauptstadt Stuttgart eine psychiatrische Nachsorgeklinik (staatliche Trägerschaft) eingerichtet und auch vier Jahre geleitet werden konnte. Dabei hat sich u. a. bestätigt, daß hier der Bedarf für Wohnheime — insbesondere auch für die Langzeitbetreuung — für Übergangswohnheime und Werkstätten größer und dringender zu sein scheint als für Tageskliniken. Dagegen dürfte der Tagesstätte für psychisch gestörte alte Menschen große Bedeutung zukommen.

V. Spezialgebiete

Hier soll nur auf die Psychogeriatrie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingegangen werden.

1. Psychogeriatrie

Baden-Württemberg mißt — wie schon ausgeführt — einer angemessenen und zweckmäßigen, d. h. besonders auch wohnsitznahen Versorgung psychisch kranker alter Menschen besondere Bedeutung zu. Auch auf diesem Sektor ist eine gewisse Stufung von der vollstationären Betreuung im Fachkrankenhaus über das Spezialheim bis hin zur Tagesstätte angestrebt.

In den psychiatrischen Krankenhäusern wurden überall spezielle Funktionsbereiche für Psychogeriatrie mit einer entsprechenden Heraushebung des dafür verantwortlichen Arztes eingerichtet. Hier erfolgt die akut- und mittelfristige Behandlung sowie die Schwerst-Pflege. Wie bereits erwähnt, wurden darüber hinaus in Spezialpflegeheimen mit maßgeblicher Förderung des Landes durch öffentliche oder freigemeinnützige Träger ca. 1 500 Betten geschaffen. Hier werden psychisch behinderte alte Menschen versorgt, die der stationären Betreuung im psychiatrischen Krankenhaus nicht oder nicht mehr bedürfen, die aber andererseits zu Hause oder in Heimen herkömmlicher Art nicht allein gestellt le-

ben können. In der Regel handelt es sich um latent Verwirrte, häufig auch um psychische Auffälligkeiten bei körperlichen Leiden, wie z. B. bei postapoplektischen Zustandsbildern. Es ist gelungen, für die meisten dieser Spezialpflegeheime eine konsiliarische nervenfachärztliche Beratung sicherzustellen. Sehr oft sind hier erfahrene Fachärzte der Landeskrankenhäuser im Wege der Nebentätigkeit in Zusammenarbeit mit den „Hausärzten" des Heims tätig. Hierbei wurden außerordentlich gute Erfahrungen gemacht. Die Rückverlegung wegen psychischer Dekompensation ist seither zahlenmäßig zurückgegangen.

Schrittweise werden auch psychogeriatrische *Tagesstätten* für diesen Personenkreis aufgebaut, z. B. im Raum Stuttgart im Gesamtrahmen eines oben geschilderten Spezialheimes oder im Rahmen eines großen Kreiskrankenhauses des mittleren Neckarraumes. Vorbilder aus England, z. B. Oxford, sind bei diesen Intentionen Pate gestanden.

2. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gegenüber der Bedarfsberechnung, die in der HWP-Studie aufgestellt ist, ist neuerdings sicher Zurückhaltung angezeigt. Es wird zu prüfen sein, inwieweit die Bevölkerungsentwicklung bzw. der Geburtenrückgang und das Freiwerden von Kapazitäten in der allgemeinen Krankenversorgung, z. B. in der Pädiatrie sowie bei heilpädagogischen Einrichtungen die Planung beeinflussen.

Bei neueren Planungsüberlegungen hat sich gezeigt, daß in Baden-Württemberg der Bedarf in der *Kinder*psychiatrie weitgehend abgedeckt ist, wenn die in Planung oder im Ausbau befindlichen Einheiten voll in Betrieb sind. Für die Jugendlichen ist im nordbadischen Raum noch ein gewisser Bedarf zu befriedigen. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Jugendliche mit schweren Verhaltensstörungen.

Auch bei weiterer Anmeldung zusätzlichen Bedarfs wird gründlich zu untersuchen sein, ob es sich eher um qualitativ/strukturelle als um quantitative Probleme handelt, wenn die Versorgung bzw. Unterbringung in Einzelfällen Schwierigkeiten bereitet.

VI. Problemstellungen

Hier seien nochmals einige aktuelle Probleme zusammengefaßt dargestellt, die in den anderen Abschnitten der Stellungnahme teilweise schon angeklungen sind:

Es besteht die Gefahr,

1. daß eine gewisse Euphorie über neue Versorgungskategorien, die in vielen Bereichen noch nicht erprobt sind, das Elend in bestehenden Einrichtungen vergessen und verdrängen läßt. Dieses Elend aber war der Anlaß für die Psychiatrie-Enquete. Mit Konsequenz und Zielstrebigkeit müssen diese Mißstände vollends beseitigt werden. Dazu ist noch einige Jahre Geduld aller Beteiligten nötig;
2. daß bei Modelleinrichtungen, die dringend nötig sind, gerade heute, wo die Bemühungen um eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen so im Vordergrund stehen, zu wenig Wirtschaftlichkeitsanalysen gemacht werden. So ist z. B. bisher keine einzige psychiatrische Fachabteilung beim Allgemeinkrankenhaus bekannt geworden, die psychisch Kranke zum gleichen Pflegesatz betreut wie die Landeskrankenhäuser. Andererseits ist der Beweis nicht erbracht, daß Kranke dort entsprechend den Mehrkosten auch besser betreut werden als in Landeskrankenhäusern;
3. daß im Zuge regionaler Überkapazitäten bei Allgemeinkrankenhäusern Einheiten für psychiatrische Behandlungszentren angeboten werden, die vom Standard, von der Größe und Struktur her völlig ungeeignet sind;
4. daß bei der angestrebten Dezentralisierung der klinische Akutbereich — zugegebenerweise der attraktive Teil im psychiatrischen Fachgebiet — von potentiellen Trägern und von Gremien zu einseitig bevorzugt wird. Es wird Aufgabe der hierfür Verantwortlichen sein, darauf hinzuweisen, daß die Versorgung von Langzeitkranken, alten Menschen, Verhaltensgestörten, geistig Behinderten, nicht motivierbaren Süchtigen und Zwangseingewiesenen nicht vernachlässigt wird. Neue Zentren haben daher ebenso eine Gesamtversorgung zu gewährleisten wie dies in den bestehenden Einrichtungen geschieht;
5. daß über der Hochschätzung einer regionalen institutionalisierten psychiatrischen Versorgung, einschließlich z. B. der sogenannten Krisenintervention, die Bedeutung des niedergelassenen Arztes unterschätzt wird. Vorhandene Lücken, z. B. in der sozialen Nachbetreuung, müssen allerdings geschlossen werden. Dies könnte z. B. durch die Zuteilung von entsprechenden Fachkräften „wie Sozialarbeitern" an niedergelassene Ärzte erfolgen;
6. daß bei den anerkennenswerten Reformbestrebungen die Begrenztheit der personellen Reserven insgesamt vergessen wird;
7. daß Initiativen und Träger neuer Versorgungszweige (Rehabilitation und Pflegeeinrichtungen) enttäuscht und verunsichert werden, weil nach Inbetriebnahme einer Institution die Kostenträgerschaft ungeklärt ist. Für große Teile des nichtklinischen Bereiches müssen deshalb die investiven und betrieblichen (Übernahme der Pflegesätze) Finanzierungsfragen bald abgeklärt werden;
8. daß die rechtliche Gleichstellung des psychisch Kranken, die bedeutende Fortschritte gemacht hat, wieder stagniert oder sogar zurückfällt. Auf die laufenden Verhandlungen zum Bundesmeldegesetz und zum BKA-Gesetz (Gesetz über das Bundeskriminalamt) wird hingewiesen;
9. daß der psychisch Kranke bei den Wiedereingliederungsversuchen in die technisierte Arbeitswelt überfordert wird, zumal in Zeiten einer abgeschwächten Konjunktur. Der Ausbau der Milieu- und Beschäftigungstherapie (z. B. einschließlich der Reittherapie), der internen

und externen Arbeitstherapie und von Werkstätten gewinnt daher für die Rehabilitation an Bedeutung. Um die Arbeitsaufträge für die letzteren sicherzustellen, müssen diese Werkstätten nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannt werden;

10. daß die zahlreichen Einrichtungen und Dienste — seien es bereits bestehende oder neu sich entwickelnde — zur Versorgung der psychisch Kranken nicht genügend aufeinander abgestimmt werden. Hierbei könnten bzw. sollten die Gesundheitsämter wesentliche Funktionen für die Koordination und Kooperation dieser Dienste übernehmen. Auf Bundesebene konnten gegenseitige Information und Kooperation durch den Ständigen Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder wesentlich intensiviert werden. Baden-Württemberg hat nach hiesiger Auffassung durch die seither 3-jährige Übernahme des Vorsitzes — ohne eine Geschäftsstelle — hierzu einen gewissen Beitrag geleistet;

11. daß die für den Kranken erdachten Reform-Maßnahmen zu sehr mit den Augen des planenden Gesunden und zu wenig aus den Intentionen der Kranken beurteilt werden. So gibt es sicher nicht wenige Kranke, die lieber in einer Einrichtung verbleiben möchten, die ihnen Heimat geworden ist, als daß sie zu immer neuen Experimenten von einer Institution in die andere verlegt werden.

VII. Zusammenfassung

Die Psychiatrie-Enquete hat den Ländern gute Hilfen und Anhaltspunkte für eine Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker an die Hand gegeben. Schon die Kommissionsarbeit als solche hat durch ihre Breitenwirkung zu einer Verbesserung der Einstellung dem psychisch Kranken gegenüber und zur Bildung eines „Problembewußtseins" geführt. Viele wurden gerade auch dadurch ermuntert, eine zweckmäßige und in erster Linie den Kranken dienliche Öffentlichkeitsarbeit zu intensivieren.

Es ist also zu hoffen, daß wir dabei sind, die „Psychiatrie wieder in die Gesellschaft einzugliedern", wie dies der 80. Deutsche Ärztetag im Mai 1977 in Saarbrücken gefordert hat. Die Psychiatrie-Enquete hat sicher dazu mit beigetragen, das Verständnis dafür zu wecken bzw. wach zu halten, daß einer modernen Versorgung des psychisch Kranken trotz der gerade in jüngster Zeit sich verschärfenden Finanzlage der öffentlichen Hand und anderer Träger wegen des enormen Nachholbedarfs weiterhin eine erstrangige Priorität zukommt. Manche der Empfehlungen und Auffassungen der „Psychiatrie-Enquete" selbst sind auch in Baden-Württemberg schon in die Landesplanung eingeflossen, zum Teil sind sie inzwischen schon realisiert.

Durch die Enquete wurden die Bemühungen unseres Landes unterstützt, so rasch als möglich alle Kranken in den bestehenden Einrichtungen menschenwürdig unterzubringen und auf diesem Gebiet auch die letzten Mißstände zu beseitigen. Einzubeziehen ist hierbei die qualitative und quantitative Verbesserung der personellen Ausstattung. Schritt für Schritt kann auf dieser Basis das Programm zur Schaffung dezentralisierter, gemeindenaher Behandlungszentren und damit kleinerer Versorgungsgebiete sowie die Reduzierung der Bettenkapazität bei den Landeskrankenhäusern weiterverfolgt werden. Dabei sind zwei Gesichtspunkte von Bedeutung: Bei der gegenwärtigen geänderten Bedarfslage im allgemeinen Krankenhaus wird darauf zu achten sein, ob und wo freiwerdende Kapazitäten im Allgemeinkrankenhaus für eine Umstrukturierung in ein psychiatrisches Behandlungszentrum in Frage kommen. Vorweg ist dabei aber zu prüfen, ob solche Einheiten sich dafür von der Größe, Struktur und vom Standort her auch eignen. Die Gesamtversorgung eines Bezirks muß gewährleistet sein und es müssen „komplementäre" oder „flankierende" Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen entstehen. Es ist dringend notwendig, daß gerade für diesen „nichtklinischen Bereich", der nicht unter die Förderung nach dem KHG fällt, entsprechende Investitionshilfen bereitgestellt werden, um einen laufenden Anstieg des Pflegesatzes zu verhindern. Die Übernahme des Pflegesatzes in Übergangs- und Rehabilitationseinrichtungen muß durch Abstimmung der Sozial- und Krankenversicherungsgesetzgebung ermöglicht werden.

In diesem Zusammenhang darf aber erneut daran erinnert werden, daß die wohnsitznächste Versorgung durch den niedergelassenen Arzt und Facharzt erfolgt.

Die rechtliche Gleichstellung des psychisch Kranken mit den körperlich Kranken muß weiter im Auge behalten werden. Die bereits erreichten Erfolge (Aufhebung der Meldung nach dem Bundeszentralregistergesetz, Taschengeld-Regelung, Anerkennung als Schwerbeschädigter) ermuntern dazu, diesen Weg fortzusetzen.

Die begonnene positive Öffentlichkeitsarbeit, die sich allmählich freimacht von Sensationslust und Ideologie und das alleinige Wohl des Kranken verfolgt, muß fortgesetzt werden. Sie verspricht in den vielfältigsten Versuchen (Massenmedien, Patienten- und Angehörigenclubs, Nebeneffekt der teilstationären und ambulanten Betreuung, Öffnung der Krankenhäuser und vieles andere) Erfolg. Zu nennen sind hier auch neue Wege, wie z. B. Kurzreferate eines Krankenhausdirektors im Rahmen des allgemeinen Gottesdienstes eines Kurortes.

Aus der Sicht Baden-Württembergs ergibt sich insgesamt die Auffassung, daß die Versorgung und Betreuung des psychisch Kranken auch in der jüngsten Vergangenheit weitere beachtliche Fortschritte gemacht hat. Ebenso unbestritten ist aber, daß hierbei noch vieles zu tun bleibt, wofür das Wohlwollen der öffentlichen Hand, der caritativen Träger, der Angehörigen und der Gesellschaft benötigt wird.

Prof. Dr. Göttsching

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung

Zwischenbericht

9. Oktober 1975

Für den Freistaat Bayern ist für die psychiatrische Krankenhausplanung und psychiatrische Versorgung der Bevölkerung im Jahre 1971 von der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten eine Denkschrift vorgelegt worden, die im Rahmen der Arbeiten der Enquete-Kommission volle Anerkennung und Würdigung erfahren hat. Dabei konnte nicht auf Neuland geplant werden, sondern es wurde auf die gewachsenen Verhältnisse und die Realisierungsmöglichkeiten Rücksicht genommen. Die Überlegungen haben sich auch nicht nur auf die stationäre Behandlung beschränkt, sondern es wurden auch die sonstigen Bereiche der psychiatrischen Versorgung miteinbezogen, wie teilstationäre Einrichtungen, Übergangs- und Ambulanzeinrichtungen. Nicht außer acht gelassen wurden die Probleme der beruflichen und sozialen Rehabilitation sowie der Dauerpflege.

Zu den einzelnen Vorhaben auf Länderebene wird folgendes aufgeführt:

Zu 22.1

Planung auf Bezirksebene

An die einzelnen Bezirke ist in der Denkschrift die Empfehlung gerichtet worden, auf der Grundlage dieses Rahmenplanes eine detaillierte Planung in Zusammenarbeit mit allen an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten, insbesondere auch den Trägern der freien Wohlfahrtspflege für ihren Bereich zu erarbeiten. Für jeden Bezirk soll ein Stufenplan vorgelegt werden, aus dem hervorgehen muß, was besonders vordringlich ist und ob das einzelne Vorhaben sich jeweils in den Gesamtplan einfügt.

Soziale Einrichtungen

Seit 1973 gibt es in Bayern Modell-Sozialstationen, in denen die ambulante Krankenpflege, die ambulante Altenpflege sowie die Haus- und Familienpflege organisatorisch und personell zusammengefaßt sind. Die zwölf Modell-Sozialstationen haben sich bisher im Allgemeinen gut bewährt: Zahlreichen Mitbürgern konnte in den verschiedensten Notsituationen schnell und wirksam Hilfe gewährt werden. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung fördert auf Grund dieser guten Erfahrungen schon vor dem Ablauf der dreijährigen Modellphase im Jahr 1975 neben den zwölf Modell-Sozialstationen weitere zehn.

Finanzierung

Nachdem in psychiatrischen Nervenkrankenhäusern in einem gewissen Umfang auch Pflegefälle betreut werden, deren Gesundheitsstörungen therapeutisch nicht mehr entscheidend beeinflußbar sind und andererseits dort derzeit noch Personen im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind, muß bei der Bemessung der Förderung Berücksichtigung finden, daß die Einrichtungen für die bezeichneten Personenkreise von einer Föderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ausgenommen sind. Auf dieser Grundlage wurde eine befristete Förderabsprache für die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen (insbesondere §§ 10, 12 KHG) in Höhe von $66^2/_3$ v. H. festgelegt. Diese Förderabsprache gilt nicht für Neu-, Umbau- oder Erweiterungsbauten. Hier wird in jedem Einzelfall geprüft, welchem Zweck die Maßnahme dient und ein dementsprechender aus KHG-Mitteln zu tragender Kostenanteil prozentual festgelegt.

Folgende Mittel für Krankenhausbaumaßnahmen im Bereich der Psychiatrie wurden in den Jahren 1972 bis 1975 bereitgestellt:

1. Für 18 Krankenhausbaumaßnahmen (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) wurden in den Jahren 1972 bis 1975 114 120 000 DM bewilligt.
2. Außerdem wurden zahlreiche Anträge auf Wiederbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter und des Ergänzungsbedarfs (§ 9 Abs. 3 und 4 KHG) fachlich gebilligt oder der vorzeitige Beginn der Arbeiten genehmigt, wofür weitere Fördermittel in Höhe von 4,2 Millionen DM zu leisten sind.

Zu 22.2

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung konnte sich auf Grund der obigen Ausführungen, der erarbeiteten Vorstellungen in der Denkschrift und der noch nicht abgeschlossenen Vorstellungen über die psychiatrische Versorgung zu einem Sofortprogramm in Übereinstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft der Bezirkstagspräsidenten nicht entschließen. Es wurde vielmehr von der Notwendigkeit ausgegangen, auf der gewachsenen Struktur der psychiatrischen Versorgung aufbauend, Schritt für Schritt ein abgestuftes Versorgungssystem im Bereich der Psychiatrie zu verwirklichen. Im „Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung" (September 1974) ist ein „Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern" angekündigt, in dem Lösungsvorschläge für das Gesamtproblem der psychiatrischen Versorgung unterbreitet werden sollen und im „Ersten Bayerischen Landesplan für Behinderte" (April 1974) wurden die Probleme und Lösungsvorschläge der psychiatrischen Versorgung aus der Sicht der einzelnen Funktionsbereiche der Rehabilitation dargestellt.

Zu 22.3

Auf dem Gebiet der sozialen Versorgung ist eine Gleichstellung der psychisch Kranken und Behinderten mit körperlich Kranken zumindest auf dem Gebiet der Sozialhilfe weitgehend erreicht worden. Soweit psychisch Kranke nicht Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse haben, wird ihnen Krankenhilfe oder Eingliederungshilfe nach dem BSHG wie den übrigen Personenkreisen gewährt. Auch hinsichtlich des Taschengeldes nach § 21 Abs. 3 BSHG wird zwischen psychisch Kranken und anderen Sozialhilfeempfängern nicht mehr unterschieden (siehe Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 27. November 1974 MABl S. 30).

Zu 22.4.1 und 22.4.2

Die Weiterbildung der Pflegekräfte zum Fachkrankenpfleger bzw. zur Fachkrankenschwester in der Psychiatrie wird derzeit weder vom zuständigen Bayerischen Staatsministerium des Innern noch vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung angestrebt. Dessen ungeachtet begrüßt das Bayerische Staatsministerium des Innern die Bestrebungen für eine gute und umfassende Fort- und Weiterbildung in allen Berufen des Gesundheitswesens. Im Rahmen der Möglichkeiten des Staatsministeriums des Innern wird die Fort- und Weiterbildung allgemein gefördert, und zwar nicht erst seit Erstellung des Zwischenberichtes zur Psychiatrie-Enquete. Die Bayerischen Bezirke sind bestrebt, dem Pflegepersonal das notwendige Spezialwissen für die Tätigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen zu vermitteln. Zu diesem Zweck werden entsprechende Fortbildungslehrgänge für das auszubildende Pflegepersonal durchgeführt und es wird dem Pflegepersonal Gelegenheit gegeben, an entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen der verschiedensten Institutionen (Krankenhausgesellschaft, Berufsverbände, Fachvereinigungen usw.) teilzunehmen.

Zu 22.4.3 und 22.4.4

Nachdem durch § 4 des 2. Gesetzes zur Vereinfachung verwaltungsrechtlicher Vorschriften Artikel 34 Abs. 3 der Bezirksordnung dahingehend geändert wurde, daß das bisher vorgeschriebene Physikat für Krankenhauspsychiater in Wegfall gekommen ist, sind die Bezirke nunmehr bemüht, dem ärztlichen Nachwuchs ausreichend Gelegenheit zu geben, sich sowohl fachlich als auch hinsichtlich der besonderen Aufgaben und Verhältnisse der Nervenkrankenhäuser der Bezirke laufend weiterzubilden.

Zu diesem Zweck hat die Konferenz der Direktoren der Bayerischen Bezirksnervenkrankenhäuser den Stoffplan eines Weiterbildungslehrplanes für Assistenzärzte an den Nervenkrankenhäusern der Bezirke erarbeitet. Auch für die Angehörigen nichtärztlicher Heilberufe und sozialer Berufe wird Gelegenheit gegeben, an Fortbildungsveranstaltungen, die von Einrichtungen außerhalb des Nervenkrankenhauses angeboten werden, teilzunehmen.

Die Realisierung weiterer Möglichkeiten der Verbesserung auf dem personellen Sektor, wie sie u. a. auch in der Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten niedergelegt worden sind, wird wesentlich davon abhängen, ob die erforderlichen Mittel verfügbar sind.

Dr. Kläß, M.P.H.
Ministerialdirigent

Psychiatrie-Enquete

9. Februar 1978

1 Ausgangslage

Bereits im Jahre 1971 hat die Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten eine Denkschrift vorgelegt, die in Bayern und im Rahmen der Arbeit der Sachverständigen-Kommission als eine praktikable Unterlage zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung volle Anerkennung und Würdigung erfahren hat.

Die Bayerische Staatsregierung hat in ihrem Gesundheitsprogramm im Jahre 1974 betont, daß die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Bayern einen gesundheitspolitischen Schwerpunkt für die kommenden Jahre darstellt. In der Regierungserklärung von Herrn Ministerpräsidenten Dr. h. c. Goppel im Dezember 1974 wurde ein „Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern" angekündigt. Über den Stand der Arbeiten hierzu ist dem Ausschuß für Sozial- und Gesundheitspolitik des Bayerischen Landtags im Jahre 1976 ein erster Zwischenbericht vorgelegt worden.

In Bayern sind die Träger der stationären psychiatrischen Einrichtungen vor allem Gebietskörperschaften; gemäß Art. 48 Abs. 2 der Bezirksordnung obliegt den sieben bayerischen Bezirken die Sicherstellung der stationären und teilstationären psychiatrischen Versorgung als Pflichtaufgabe im eigenen Wirkungskreis. Auch andere kommunale, freigemeinnützige und private Träger sowie der Freistaat Bayern selbst (Universitätskliniken) nehmen an der stationären Versorgung psychisch Kranker teil. Die Bezirke sind in ihrer Eigenschaft als überörtliche Träger der Sozialhilfe nach BSHG bzw. AGBSHG Kostenträger der stationären und ambulanten psychiatrischen Behandlung. Nachdem die Bezirke andererseits zu einem großen Teil selbst Träger der Einrichtungen der stationären psychiatrischen Versorgung sind, ist in optimaler Weise gewährleistet, daß den Belangen der psychisch Kranken Rechnung getragen werden kann, wenn es darum geht, die Kontinuität der Betreuung zwischen ambulantem, extramuralem und stationärem Bereich sicherzustellen und die in Zukunft in vermehrtem

Umfang anfallenden Aufgaben der Koordination und Kooperation der an der Versorgung Beteiligten wahrzunehmen.

Für die Bayerische Staatsregierung steht die psychiatrische Versorgung gesundheitspolitisch gesehen gleichrangig neben der somatischen Betreuung der Bevölkerung. Dies kommt u. a. auch dadurch zum Ausdruck, daß die Planung und die Finanzierung der stationären psychiatrischen Versorgung im Vollzug des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gleichwertig zur somatischen Versorgung behandelt wird, obwohl gerade dieses Gesetz vom Typus des somatischen Krankenhauses ausgeht und Einrichtungen der Psychiatrie in ihm nicht einmal Erwähnung gefunden haben. Damit soll erreicht werden, daß die psychiatrischen Krankenhäuser innerhalb des gestuften und aufeinander abgestimmten Systems von stationären Einrichtungen, von Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen, Tag- und Nachtkliniken, beschützenden Werkstätten, Beratungsstellen und anderen flankierenden Diensten einbezogen werden können.

Die Bayerische Staatsregierung hat wiederholt die hohe politische Bedeutung einer qualifizierten stationären und ambulanten Versorgung psychisch Kranker und die Notwendigkeit zur Verbesserung der Situation dieser kranken Mitbürger betont. In letzter Zeit ist im allgemeinen Bewußtsein der Bevölkerung eine deutliche Verbesserung in der ursprünglich ablehnenden Haltung gegenüber psychisch Kranken zu verzeichnen. Dies kann als erfreulicher Erfolg der Bemühungen aller Beteiligten gewertet werden und als ermutigender Ansatz für weitere Schritte auf diesem Weg.

2 Allgemeine Aufgabe und Inhalt der Enquete

Es kann nicht Aufgabe einer obersten Landesgesundheitsbehörde sein, die Psychiatrie-Enquete zu ergänzen oder zu vertiefen. Die im August 1971 für die Untersuchung eingesetzte Sachverständigen-Kommission hat mit 16 Arbeitsgruppen und sechs Expertenteams mit insgesamt 160 Fachleuten alle Teilbereiche der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu analysieren versucht und entsprechende Reformvorschläge und Empfehlungen entwickelt. Nach insgesamt mehr als vierjähriger Tätigkeit und einem schwierigen Abstimmungs- und Koordinierungsprozeß wurde eine umfangreiche, mehr als 1 600 Seiten umfassende Dokumentation vorgelegt, mit der versucht wurde, die Vielfalt der Erfahrungen und Ansichten der in den Arbeitsgruppen und Expertenteams vertretenen Fachleute miteinander in Einklang zu bringen und Reformvorschläge für alle Bereiche psychisch Kranker und Behinderter zu erarbeiten. Trotz erheblicher Anstrengungen zur Harmonisierung in der Arbeit der Sachverständigen-Kommission haben sich widersprüchliche Aussagen in der Enquete nicht vermeiden lassen und sind durch eine Reihe von Sondervoten zum Ausdruck gebracht worden. Ergänzung, Vertiefung und Kritik der Enquete bedürften des gleichen sachlichen und zeitlichen Aufwandes, was weder für sinnvoll noch für vertretbar gehalten wird.

Es erscheint deshalb nicht veranlaßt, auf Einzelheiten der Enquete einzugehen, so daß sich das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung auf allgemeine Anmerkungen beschränkt:

Es ist verdienstvoll, daß mit dem Enquete-Bericht Grundlagen erarbeitet wurden und ein weiterer Anstoß für Überlegungen und Maßnahmen zur besseren Versorgung psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter gegeben worden ist. Die Enquete enthält viel Brauchbares, aber auch manches Unrichtige, Fragwürdige und Unrealistische. Sie erscheint in wesentlichen Teilen ungleichgewichtig und wird so der tatsächlichen Bedeutung und Rolle mancher Bereiche (z. B. das Verhältnis zwischen Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik) nicht gerecht. Der Leitgedanke der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission ist eine Totalversorgung aller psychisch Kranken und Behinderten durch ein lückenloses Ineinandergreifen aller in der modernen Psychiatrie bekannten und möglichen intra- und extramuralen Dienste. Die Vielfalt der zur Diagnose und Therapie psychisch Kranker vorgeschlagenen Dienste und Einrichtungen, die Ausweitung der Zielgruppen der psychiatrischen Betreuung, aber auch die teilweisen Unausgewogenheiten der Vorschläge und eine zumindest in einigen Bereichen heraufbeschworene Gefahr einer allzu perfektionistischen Totalversorgung erfordern die Umsetzung der Vorstellungen in modifizierter Art und Weise unter Bezug auf die besonderen strukturellen Verhältnisse des einzelnen Landes und in Anpassung an die finanziellen Möglichkeiten. Für das Bayerische Sozialministerium kommt es darauf an, unter Berücksichtigung der bestehenden stationären Versorgung eine realisierbare Konzeption für eine gemeindenahe und patientengerechte Versorgung unter Einbeziehung finanzieller, zeitlicher und personeller Grenzen, insbesondere aber auch unter Beachtung der Persönlichkeitsrechte der psychisch Kranken aufzuzeigen.

Nutzanwendungen werden sich daher keinesfalls global für das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland ziehen lassen, sondern nur entsprechend der jeweiligen, örtlich sehr unterschiedlichen Gegebenheiten. Die Enquete kann den mit der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung befaßten Stellen in vielem Entscheidungshilfen geben. Insoweit wird sie auch bei dem gegenwärtig im Bayerischen Sozialministerium in Bearbeitung stehenden „Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern" Berücksichtigung finden.

3 Sachstandsbericht zum Maßnahmenkatalog

Im Ständigen Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten der Länder und des Bundes bestand Übereinstimmung, daß es sich bei der Stellungnahme der Länder zur Enquete um eine Fortschreibung der Länderberichte im Hinblick auf den Maßnahmenkatalog handelt. In dem Anschreiben des Bundes vom 21. Juli

1975 Nr. 431.2-471-6 wurde ausgeführt, daß eine Stellungnahme der Bundesregierung zu dieser Enquete, die in Verbindung mit Bundesressorts, Ländern und Dachverbänden erarbeitet werden wird, vorgesehen ist. Auf das Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums vom 9. Oktober 1975 Nr. VIII 2 — 5250-10-204/75 wird verwiesen.

3.1 Geographische Gliederung

Im ersten Zwischenbericht für das „Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern" ist die Konzeption von Versorgungsgebieten für Bayern und deren geographischer Abgrenzung enthalten. Die Vorschläge für ein Netz von 25 überschaubaren und verkehrstechnisch gut erschlossenen Versorgungsgebieten wurde den Präsidenten der Bayerischen Bezirkstage unterbreitet; sie werden derzeit in den Beschlußgremien der Bezirke erörtert. Die Größe der einzelnen Versorgungsgebiete sowie die Zuordnung zu den bestehenden und geplanten Bezirkskrankenhäusern deckt sich mit den Forderungen der Denkschrift der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten und mit den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission, die für jeweils 150 000 bis 300 000 Einwohner die Bildung von geschlossenen „Standardversorgungsgebieten" vorschlägt. Eine besondere Regelung wird dabei noch für die Ballungsgebiete München und Nürnberg zu erarbeiten sein.

3.2 Modell zur Koordination in einem Versorgungsgebiet

Im Rahmen der Arbeiten am Aktionsprogramm wurden in Oberfranken modellhaft Arbeitsgemeinschaften zur Koordinierung der Versorgung psychisch Kranker, Gefährdeter und Behinderter einschließlich Suchtgefährdeter und Suchtkranker initiiert. Auf der Ebene dieses Regierungsbezirkes sollen Erfahrungen bei der Errichtung und der Arbeit solcher Ausschüsse gewonnen werden.

Zwischenzeitlich wurden vier psycho-soziale Arbeitsgemeinschaften bei den in Frage kommenden Gesundheitsämtern ins Leben gerufen, wobei sich schon bei der Gründung bestätigte, daß überall bereits zum Teil beachtliche Aktivitäten bestehen, die bisher in keinem oder zu geringem Bezug zueinander standen. Im Bereich der geistig behinderten Kinder ist die ambulante und stationäre Versorgung einschließlich Sonderschulen und anderen Maßnahmen am besten gelöst; bei den Suchtkranken gibt es erhebliche Lücken. Fast überall sind aber erfreuliche Aktivitäten von Selbsthilfegruppen zu beobachten, die einer intensiven Abstützung bedürfen. Die ungünstigsten Verhältnisse sind in Oberfranken im Bereich der nachgehenden Fürsorge psychisch Kranker nach der Entlassung aus stationärer Behandlung anzutreffen. Es erwies sich für eine gute Zusammenarbeit von besonderem Vorteil, daß die Mitglieder der neu gegründeten psycho-sozialen Arbeitsgemeinschaften gleichberechtigt sind und eine besondere Reglementierung nicht vorgesehen war. Endgültige Schlüsse über die Effektivität und das Funktionieren dieser Arbeitsgemeinschaften können aber erst zu einem späteren Zeitpunkt gezogen werden, insbesondere werden die Probleme bei der Übertragung dieser Einrichtungen auf andere, anders geartete Regierungsbezirke sehr sorgfältig zu beachten sein.

3.3 Schlüsselzahl für die stationäre psychiatrische Akutversorgung

In der 14. Sitzung des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses gem. Artikel 7 Bayer. Krankenhausgesetz am 16. Dezember 1977 wurde die Frage der Zahl der bedarfsnotwendigen Betten für die stationäre Akutversorgung in der Psychiatrie beraten. Es bestand Übereinstimmung, daß im Zuge einer grundlegenden Verbesserung der psychiatrischen Versorgung als erster Schritt die Entflechtung, das heißt die Trennung der Bereiche der psychisch Kranken vom reinen Pflegebereich, realisiert werden muß. Diese Maßnahme dient sowohl der allgemein anerkannten Forderung nach Gleichstellung des psychisch Kranken mit dem somatisch Kranken, als auch der besseren Anpassung der Situation der Pflegepatienten an die ihnen adäquaten räumlichen und pflegerischen Erfordernisse. Die fehlende Differenzierung zwischen dem Krankenhaus und dem Pflegebereich hat nicht nur zu Schwierigkeiten im Vollzug des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geführt, das nur auf den Akutkrankenhausbegriff abstellt, sondern auch und vor allem zu verbesserungsbedürftigen Verhältnissen bei der Behandlung und Betreuung der Kranken und der Pflegefälle.

Der Bestand am 1. Januar 1977 betrug insgesamt 16 906 psychiatrische Betten in Bayern (inclusive Universitätskliniken); die Bettenzahl von 16 047 (ohne Universitätskliniken) wurde auf Grund der bisherigen Förderabsprache mit einem Fördersatz von 66²/₃ v. H. (§ 10 KHG) gefördert. Bei der Bevölkerungszahl in Bayern von 10 804 088 entspricht dies einer Schlüsselzahl von 1,56 pro 1 000 Einwohner. Nach Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten wurde ein Bettenschlüssel von 1,15 als eine sachlich vertretbare Einstiegsgröße vom Planungsausschuß akzeptiert, die entsprechend dem Bedarf, den medizinischen Erfordernissen, der Inanspruchnahme des Akutteiles und der Entwicklung der Psychiatrie in Zukunft anzupassen sein wird. Unter diesen Prämissen ergibt sich ein derzeitiger Gesamtbedarf für die Akutpsychiatrie in Bayern von ca. 12 420 Betten. Dabei sind alle stationären psychiatrischen Einrichtungen, die Akutpsychiatrie im Sinne des KHG betreiben, sei es nun innerhalb des Krankenhausbedarfsplanes oder auch solche, die aus Rechtsgründen außerhalb des Krankenhausbedarfsplanes betrieben werden (z. B. Universitätskliniken, Max-Planck-Institut), erfaßt. Die in den Bezirkskrankenhäusern vorgehaltenen Betten für die Fachrichtungen Neurologie, Neurochirurgie und für nach §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch untergebrachte Patienten sind nicht miteinbezogen. Für den Fachbereich der Kinderpsychiatrie kann im Gegensatz zur Jugendpsychiatrie nicht davon ausgegangen werden, daß stationäre Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der Bezirkskrankenhäuser vorgehalten werden sollen. Vielmehr zeigt

die jüngste Entwicklung, daß die „Kinderpsychiatrie" als Sozialpädiatrie, Neuropädiatrie oder Entwicklungspädiatrie innerhalb der stationären Pädiatrie betrieben wird, nicht zuletzt, weil in diesem Bereich freie Kapazitäten vorhanden sind.

Eine besondere Beachtung verlangt auch der Bereich der stationären Psychosomatik. Das Schwergewicht psychosomatischer Behandlungen liegt in der ambulanten Behandlung. Der nur schwer definierbare und abgrenzbare psychosomatische Bettenbedarf darf aber nicht dazu führen, daß bedarfsgerechte Bettenzahlen in der stationären Psychiatrie über die Psychosomatik in Frage gestellt werden. Es ist aber eindeutig davon auszugehen, daß der Bedarf an psychosomatischen Betten innerhalb der Schlüsselzahl für die Psychiatrie zu sehen ist. Zusammen mit den Bezirken werden auf diesem Sektor sehr bald Absprachen und Regelungen zu treffen sein, um die bedarfsgerechten Bettenzahlen für die Psychosomatik/Psychotherapie festzulegen.

Offen bleibt dabei noch, ob in jedem Fall eine Aufteilung der Betten in der Psychiatrie auf die einzelnen Bezirke in direkter Abhängigkeit von der Bevölkerungszahl vertreten werden kann.

3.4 Anpassung der Förderabsprache

Der Bettenschlüssel von 1,15 soll auch Grundlage für die Neufestsetzung der Förderabsprache mit den bayerischen Bezirken sein.

3.5 Ländergesetzgebung

In Bayern wird derzeit ein Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung vorbereitet, das in Kürze dem Landtag zugeleitet werden wird. Wesentlicher Leitgedanke des Gesetzentwurfs ist es, die mit der Unterbringung verbundenen Eingriffe in die Freiheit des psychisch Kranken möglichst gering zu halten, um seine Rechtsposition hinsichtlich Behandlung und Betreuung zu stärken. In dem Gesetzentwurf werden ferner eine Reihe von Vorschriften auf den Personenkreis entsprechend anwendbar erklärt, der sich auf Grund strafrechtlicher Entscheidung in dem psychiatrischen Krankenhaus befindet. Auf diese Weise wird sowohl der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (vgl. BVerfG NJW 1972, 811; NJW 1976, 37) entsprochen, als auch die Gleichbehandlung mit den sicherheitsrechtlich Untergebrachten gewährleistet.

3.6 Psychisch kranke Straftäter

Bereits vor der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung hat der Bayerische Landtag mit Beschlüssen vom 28. Januar 1970 und 20. Dezember 1973 die Bayerische Staatsregierung beauftragt, eine Sondereinrichtung für psychisch kranke Straftäter zu schaffen. Zur Unterbringung und Behandlung derjenigen psychisch kranken Rechtsbrecher, die in den psychiatrischen Krankenhäusern ein besonders hohes Sicherheitsrisiko darstellen und dort mit den herkömmlichen klinisch-psychiatrischen Behandlungsmethoden (im engeren Sinn) weder gebessert noch geheilt werden können, hat das Bayerische Sozialministerium die Konzeption eines forensich-psychiatrischen Krankenhauses mit Langzeitcharakter entwickelt. Die Zweckbestimmung dieser Sondereinrichtung liegt in der Verzahnung von Sicherung und psycho- und sozialtherapeutischer Behandlung. Die Einrichtung wird ca. 230 Plätze vorhalten. Psychisch kranke Straftäter, die mit den medizinisch-klinischen Methoden eines allgemein-psychiatrischen Krankenhauses behandelt werden können, werden in den psychiatrischen Bezirkskrankenhäusern verbleiben. Die Konzeption wurde vom Bayerischen Ministerrat gebilligt und liegt derzeit dem Bayerischen Landtag zur Kenntnisnahme vor. Die Sondereinrichtung wird mit allgemeinen Haushaltsmitteln des Freistaates Bayern errichtet; die Finanzierung ist gesichert. Die Sondereinrichtung wird vom Bezirk Niederbayern betrieben werden. Der Bau der Sondereinrichtung wird gegenwärtig allerdings noch durch eine örtliche Bürgerinitiative verzögert.

3.7 Kurz- und mittelfristige Vorhaben

Im Jahre 1977 hat der Bezirk von Mittelfranken ein neues psychiatrisches Krankenhaus in Erlangen mit ca. 900 Betten in Betrieb genommen. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung steht der Forderung positiv gegenüber, psychiatrische Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern zu integrieren, wo dies nach der Bedarfssituation und den krankenhausplanerischen Gegebenheiten des Einzelfalles sinnvoll erscheint. Da derartige Fachabteilungen die Richtgröße von 200 Betten aus therapeutischen und wirtschaftlichen Gründen nicht wesentlich unterschreiten sollen, kommen hierfür nur Krankenhäuser ab der II. Versorgungsstufe in Betracht. Neben einer seit langem bestehenden psychiatrischen Abteilung mit ca. 200 Betten an den städtischen Krankenanstalten in Nürnberg wurde ein bedeutender Schritt auf diesem Wege mit der Planung des neuen Krankenhauses in Ingolstadt gemacht, wo in ein 1000-Betten-Krankenhaus eine psychiatrische Fachabteilung mit 250 Betten integriert wird. Die Erfahrungen mit dieser Einrichtung werden zeigen, inwieweit eine so weitgehende Integration sinnvoll und nachahmenswert ist. Daneben ist geplant, für die psychiatrische Versorgung im Regierungsbezirk Schwaben künftig einen dritten Standort zu schaffen. Noch Anfang des Jahres 1978 wird entschieden werden, ob in unmittelbarer Anbindung an das im Rohbau fertiggestellte Zentralkrankenhaus in Augsburg ein psychiatrisches Krankenhaus mit ca. 300 Betten angegliedert werden wird.

Der Nachholbedarf bei der stationären Psychiatrie liegt in der Entflechtung und fachlichen Differenzierung unserer gewachsenen psychiatrischen Krankenhäuser. Hier muß zum Teil auch durch erheblichen Mitteleinsatz erreicht werden, daß diese Krankenhäuser anderen Fachkrankenhäusern in der stationären Versorgung gleichgestellt werden, um auch hier eine umfassende, qualifizierte stationäre Versorgung der Patienten ohne jede Diskriminierung zu gewährleisten. Dazu ist auch für den psychisch Kranken ein entsprechend differenziertes Angebot

an Behandlungsmöglichkeiten erforderlich. Das heißt auch, daß an den psychiatrischen Krankenhäusern gut ausgestattete geronto-psychiatrische Abteilungen zur akutpsychiatrischen klinischen Behandlung der Patienten vorhanden sein müssen. Das Schwergewicht bei neu zu planenden Einrichtungen wird künftig aber bei der Schaffung extramuraler, ambulanter und begleitender Dienste liegen.

3.8 Psychiatrische Langzeitpflege

Die Forderung nach Dezentralisierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser gilt grundsätzlich sowohl für den akuten als auch für den pflegerischen Bereich. Dabei soll der pflegerische Bereich jedoch vorrangig dezentralisiert werden, und zwar dergestalt, daß Pflegepatienten in Heimen innerhalb des Versorgungsgebiets stationär versorgt werden können. Als erster Schritt sollen die Pflegepatienten, die nicht zum unmittelbaren Einzugsgebiet des Bezirksnervenkrankenhauses gehören, aus den Krankenhäusern heraus und in ortsnahe Pflegeeinrichtungen verlegt werden, deren fachärztliche Betreuung in erforderlichem Umfang aber gewährleistet sein soll. In einem zweiten Schritt wären dann alle Pflegepatienten in spezielle Pflegeeinrichtungen zu überführen. In besonderen Pflegeabteilungen an den Bezirksnervenkrankenhäusern würden dann nur noch die Pflegepatienten verbleiben, die einer besonders aufwendigen oder besonders intensiven Betreuung bedürfen.

3.9 Beratung und Behandlung von Drogen- und Rauschmittelkranken

Der vorbeugenden Aufklärung und Beratung gefährdeter Menschen, vor allem Jugendlicher, wird zunehmend Bedeutung beigemessen. Dieser Aufgabe nehmen sich vor allem die Schulen, Gesundheitsämter und die staatlichen und nichtstaatlichen Beratungsstellen an. Die Zahl der Beratungs- und Behandlungsstellen, die von Kommunen, den Wohlfahrtsverbänden oder privaten Initiativen betrieben werden, konnte auf 47 Einrichtungen ausgeweitet werden. Aus Landes- und Bundesmitteln wurde 1976 davon 22 Einrichtungen gefördert.

Zusätzlich zu den stationären Behandlungsmöglichkeiten in den öffentlichen und privaten psychiatrischen Kliniken wurden in Bayern zwei offene Behandlungszentren für Drogenabhängige neu errichtet:

Bezirksklinik an der Uhlandstraße in München mit 26 Betten (Träger: Bezirk Oberbayern) und die Bezirksklinik Hochstadt, Lkr. Lichtenfels mit 50 Betten (Träger: Bezirk Oberfranken).

Ziel der in der Regel auf sechs Monate begrenzten Behandlung ist die Entgiftung mit gleichzeitiger psychischer Entwöhnung des Patienten bis zu dem Stadium, in dem die klinisch-psychotherapeutischen Maßnahmen durch psychosoziale Rehabilitation ersetzt werden können. Zu diesem Zweck kooperiert die Bezirksklinik Uhlandstraße unmittelbar mit zwei therapeutischen Wohngemeinschaften, in der mit Erfolg behandelte Drogenkranke zwar weiter betreut werden, gleichzeitig aber einer Arbeit oder Schulausbildung nachgehen.

Durch die Einbeziehung der Abhängigen in eine Behandlungskette (siehe Empfehlungen zur Behandlung und Rehabilitation von Drogenkranken, Stand April 1977) konnte der Behandlungserfolg in der Bezirksklinik Uhlandstraße gesteigert werden. Ähnliches gilt für die Bezirksklinik Hochstadt, der in Bamberg eine therapeutische Wohngemeinschaft zugeordnet werden soll. Für die nicht oder unzureichend motivierten drogenabhängigen Jugendlichen und Heranwachsenden wird gegenwärtig entsprechend § 93 a JGG ein geschlossenes Behandlungszentrum in Parsberg/Opf. mit 58 Plätzen errichtet, das der Bezirk Oberpfalz als Träger betreiben wird. Das Behandlungsziel ist hier ebenfalls darauf ausgerichtet, die Patienten soweit zu entwöhnen und zu verselbständigen, daß sie anschließend in einer offenen Einrichtung der Rehabilitation zugeführt werden können.

Für die Nachsorge von Drogenabhängigen werden in 9 Einrichtungen ca. 185 Plätze vorgehalten, die zum Teil auch mit Alkoholabhängigen belegt werden. Sechs Einrichtungen wurden aus Landes- bzw. Bundesmitteln im Jahre 1976 gefördert.

Für die große und immer noch steigende Zahl der alkoholkranken Männer und Frauen stehen neben den psychiatrischen Universitätskliniken und den Krankenhäusern der bayerischen Bezirke fünf offene Fachkrankenhäusern der bayerischen Bezirke fünf offene Fachkrankenhäuser mit 235 Betten zur Verfügung, die durchwegs von freien Wohlfahrtsverbänden getragen werden und in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern — Stand 1. Januar 1977 — aufgenommen sind.

Die Planungen sind in den nächsten Jahren darauf ausgerichtet, ein flächendeckendes Beratungs- und Behandlungsnetz schrittweise auszubauen. In den Jahren 1978 und 1979 werden im Rahmen des psycho-sozialen Anschlußprogrammes je drei Beratungsstellen neu errichtet bzw. ausgebaut. Verbesserungen der als notwendig anerkannten mehrstufigen Therapiekette sind vor allem im ambulanten Bereich erforderlich.

4 Förderung

In den Jahren 1975 bis 1977 erhielten die psychiatrischen Krankenhäuser und Fachkrankenhäuser für Suchtkranke in Bayern insgesamt rd. 143 Millionen DM an Förderleistungen. Nach § 9 KHG wurden Maßnahmen mit einem Kostenvolumen von rd. 57 400 000 DM gefördert.

Im Haushalt des Freistaates Bayern für die Haushaltsjahre 1977/78 sind erstmalig Mittel zur Förderung von Maßnahmen im pflegerischen Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser außerhalb des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehen. Für diese (freiwilligen) Leistungen des Freistaates Bayern sind 8 Millionen DM für das Jahr 1978 ausgebracht und eine Verpflichtungsermächtigung in Höhe von 2 Millionen DM. Diese Mittel sollen als Komple-

mentärmittel zum KHG die räumliche und organisatorische Entflechtung innerhalb der Krankenhäuser ermöglichen.

5 Ambulante psychiatrische Versorgung

Nach den Bedarfsplanungsrichtlinien (Bundesanzeiger Nr. 237 vom 20. Dezember 1977) für die kassenärztliche Versorgung ist für Nervenärzte (Nervenärzte, Psychiater, Neurologen) ein Schlüssel von 1 : 50 000 ausreichend. Im Freistaat Bayern sind 229 Nervenärzte als Kassenärzte niedergelassen (Stand 31. Dezember 1976), das entspricht 1 Nervenarzt auf 47 180 Einwohner. Diese günstige Relation läßt allerdings nicht erkennen, daß die Verteilung der Nervenärzte über das Land sehr ungleichmäßig ist.

	Nervenärzte	Relation
Oberbayern	108	1 : 33 099
Niederbayern	10	1 : 98 924
Oberpfalz	14	1 : 69 168
Oberfranken	19	1 : 55 739
Mittelfranken	35	1 : 42 234
Unterfranken	16	1 : 74 408
Schwaben	27	1 : 55 898
Bayern	229	1 : 47 180

Die derzeit in Arbeit befindliche Bedarfsplanung des Landesausschusses der Krankenkassen und der Kassenärzte wird sehr wahrscheinlich eine brauchbare Grundlage sein, um die örtliche Verteilung der Nervenärzte wesentlich zu verbessern.

6 Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter

Bereits vor Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung hat die Bayerische Staatsregierung im Jahre 1974 ihren Ersten Bayerischen Landesplan für Behinderte erarbeitet. Er erstreckt sich auch auf die Konzeption, Planung und Förderung von Einrichtungen und Maßnahmen zur Rehabilitation psychisch behinderter oder von psychischer Behinderung bedrohter Menschen. Im Vollzug des Ersten Bayerischen Landesplans für Behinderte werden psychisch Kranke sowohl im Rahmen der allgemeinen Behindertenhilfe in allen Funktionsbereichen berücksichtigt, als auch gesondert im Hinblick auf ihre spezifischen Bedürfnisse.

Demnach steht in Bayern von den durch die Enquete empfohlenen speziellen und komplementären rehabilitativen Einrichtungen und Diensten eine wachsende Zahl zur Verfügung bzw. wird geplant und mit wesentlicher Beteiligung des Freistaates Bayern gefördert. Es handelt sich sowohl um Frühförderungs- wie um schulische Einrichtungen, um berufliche Ausbildungs- und Umschulungseinrichtungen, um Werkstatt- und geschützte Arbeitsplätze, um Wohnmöglichkeiten und Maßnahmen der sozialen Rehabilitation.

Diese rehabilitativen Dienste und Einrichtungen sind für alle Gruppen von Behinderten, also auch für psychisch Kranke und Behinderte, bestimmt und werden von ihnen auch genutzt. So sind z. B. auf etwa 8 v. H. der belegten Werkstattplätze für Behinderte in Bayern psychisch Kranke und Behinderte beschäftigt.

Speziell für psychisch Kranke und Behinderte bestehen eine Werkstatt und mehrere geschützte Gruppenarbeitsplätze in der Industrie.

Im Vollzug des Ersten Bayerischen Landesplans für Behinderte und in Vorwegnahme bzw. Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Enquete sind in den Jahren seit 1974 unter wesentlicher Beteiligung des Freistaates Bayern sechs Übergangseinrichtungen für ehemalige psychiatrische Patienten mit insgesamt 177 Plätzen gebaut und gefördert worden, 4 weitere mit rund 200 Plätzen sind derzeit in der Planung.

Es wurden mehrere Wohnheime und therapeutische Wohngemeinschaften gefördert, die als Dauer- oder Übergangswohnmöglichkeiten für Patienten dienen, die aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen worden sind.

Im Bereich der sozialen Rehabilitation psychisch Behinderter bzw. ehemaliger psychiatrischer Patienten werden in Bayern die sozialpsychiatrischen und sozialtherapeutischen offenen Maßnahmen durch Fachkräfte und Laien von insgesamt 10 Verbänden — zum Teil mit mehreren Außenstellen — und Einrichtungen gefördert.

Das Sozialministerium sieht das Schwergewicht seiner Bemühungen in den nächsten Jahren neben dem Ausbau des ambulanten, extramuralen Bereiches in der Verbesserung der Verhältnisse in den Nervenkrankenhäusern; hier besteht nach wie vor ein erheblicher Nachholbedarf. Nachdem der Ansatzpunkt für die Erarbeitung der Enquete die „brutalen Realitäten" in den psychiatrischen Krankenhäusern waren, gilt es, in engster Kooperation aller Beteiligten, nicht bloße Pläne und Analysen zu erstellen, sondern möglichst konkret die Situation des psychisch Kranken zu verbessern.

Soweit der Geschäftsbereich des Bayerischen Staatsministeriums des Innern betroffen ist, wird diese Stellungnahme in dessen Einvernehmen abgegeben.

Dr. Kläß M. P. H.
Ministerialdirigent

Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz, Berlin

Zwischenbericht

11. Oktober 1975

Zur Vorbereitung der Stellungnahme der Bundesregierung zur Psychiatrie-Enquete wird für Berlin mitgeteilt, daß die in der Stellungnahme der Bundesregierung zum Zwischenbericht der Psychiatrie-Enquete angekündigten Vorhaben auf Landesebene in Berlin in folgender Weise vorangebracht werden konnten:

Ziffer 22.1

Das Gesamtprogramm über die Fortenwicklung der psychiatrischen Versorgung in Berlin ist in dem „Bericht über den gegenwärtigen Stand und die Planung auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker" vom Mai 1973 dargelegt.

Im Hinblick auf geistig und seelisch Behinderte im Kindes- und Jugendalter hat der Senat am 13. August 1975 den „2. Bericht über Maßnahmen zur Betreuung und Förderung geistig und seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher (Fortschreibung)" beschlossen (Mitteilung des Präsidenten des Abgeordnetenhauses 7. Wahlperiode Nr. 9).

Für den stationären Bereich ist zu erwähnen, daß Berlin die gesamten psychiatrischen Krankenhausbetten in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen hat. In den Fortschreibungen dieses Planes soll keine Bettenreduzierung des psychiatrischen Bereichs vorgenommen werden. In Anbetracht der Tatsache, daß zwar die Verweildauer im psychiatrischen Bereich von 125,1 Tagen (1968) auf 105,7 Tage (1973) verkürzt werden konnte, die Krankenhaushäufigkeit aber im gleichen Zeitraum von 5,5 auf 8,7 pro 1 000 Einwohner angestiegen ist, soll die psychiatrische Bettendichte in Berlin (West), die 1973 noch 2,7 psychiatrische Betten auf 1 000 Einwohner betragen hat, 1975 auf 2,96 Betten pro 1 000 Einwohner gesteigert werden. Die Ursache wird u. a. in dem immer stärker werdenden prozentualen Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung gesehen, der nach den vorliegenden Prognosen über die Bevölkerungsentwicklung bis 1985 anhalten wird.

Ziffer 22.2

Ausgehend von den Grundüberlegungen des Psychiatrie-Berichts wurden vor allem die folgenden Sofortprogramme in Angriff genommen:

a) Fortsetzung der Sanierung der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik und der Neuropsychiatrischen Klinik Waldhaus Nikolassee,

b) Schaffung von elf Stellen für Jugendpsychiater im Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter, wo noch keine Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht,

c) Schaffung von zehn Stellen für Psychotherapeuten an den inneren Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zur Abklärung psychischer Störungen und Mitbehandlung bei psychosomatischen Krankheiten,

d) Einrichtung der Abteilungen für Sozialpsychiatrie und Alterspsychiatrie an der Freien Universität Berlin,

e) Schaffung einer Klinik und Poliklinik für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters im Bereich der Freien Universität Berlin,

f) Planung für ein psychiatrisch-pädagogisches Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche und einer Klinik für straffällig gewordene Drogenabhängige.

Ziffer 22.3

Die Gleichstellung der psychisch Kranken und Behinderten mit körperlich Kranken ist im Bereich der sozialen Versorgung in Berlin erfolgt. Es gibt z. B. keine unterschiedlichen Taschengeldsätze von Sozialhilfeempfängern in Heimen und Anstalten unter Berücksichtigung des vorliegenden Leidens oder der Unterbringungsmodalität.

Im Bereich der medizinischen Versorgung ist eine Gleichstellung nur insofern noch nicht erreicht, als für die Unterbringung in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik noch ein modifiziertes Teilungsabkommen angewendet wird. Im übrigen werden in krankenversicherungsrechtlicher Hinsicht in Berlin psychisch Kranke und körperlich Kranke gleich behandelt.

Ziffer 22.4

Die Personalsituation im Bereich der psychiatrischen Einrichtungen ist in Berlin zufriedenstellend. Im pflegerischen Bereich sind die vorhandenen Planstellen nur zu 60 bis 70 % mit Krankenpflegerpersonal mit staatlicher Anerkennung besetzt (einjährige und dreijährige Ausbildung). Im ärztlichen Bereich bereitet es keine besonderen Schwierigkeiten, die vorhandenen Planstellen in psychiatrischen Krankenhäusern zu besetzen.

Die im Psychiatrie-Bericht angekündigten Lehrgänge für verschiedene Berufsgruppen wie Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Beschäftigungstherapeuten zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie und die Ausweitung eines solchen Programms im Hinblick auf ein Weiterbildungsinstitut, in dem auch akademisch ausgebildete Kräfte in tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie ausgebildet werden können, konnten aus finanziellen Gründen noch nicht verwirklicht werden.

Der § 20 des am 1. September 1975 in Kraft getretenen Landeskrankenhausgesetzes verpflichtet die Dienstkräfte der Krankenhäuser, sich fortzubilden. Eine „Verordnung über die Fortbildung der Dienstkräfte im Pflegedienst, in medizinischen Fachberei-

chen und medizinisch-technischen Berufen", die auch das psychiatrische Krankenhauspersonal erfaßt, befindet sich im Beratungsstadium. Die klinikinterne Fortbildung der Mitarbeiter erfolgt in allen psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen.

Zur Vorbereitung eines Kurses zur Weiterbildung zum psychiatrischen Fachkrankenpfleger und zur psychiatrischen Fachkrankenschwester, der nach einer Änderung des Lehranstaltengesetzes vorgesehen ist, ist bereits von einem psychiatrischen Unterrichtspfleger ein Curriculum erarbeitet worden, das sich in der fachlichen Diskussion befindet.

Abschließend sei noch auf folgendes hingewiesen: Die Grundanliegen der Sachverständigen-Kommission — gemeindenahe psychiatrische Behandlung und Gleichstellung der psychisch mit den körperlich Kranken — sind seit Jahren bestimmend für die Gesundheitspolitik auf dem Gebiet der Psychiatrie in Berlin. Zur besseren Koordination der z. T. nebeneinander herarbeitenden Fachkräfte und Institutionen ist ein Psychiatriebeirat entsprechend den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission vorgesehen, dessen Arbeitsweise und Geschäftsordnung sich zur Zeit in der Beratung befindet. Berlin begrüßt es, daß die Kommunikation unter den Ländern durch Schaffung eines Arbeitskreises der Psychiatrie-Referenten verbessert werden konnte.

Dr. Mattheis

Psychiatrie-Enquete

2. Dezember 1977

Nachdem die Stellungnahme des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Bundestags-Drucksache 7/4200 vom 25. November 1975 — vorliegt, nehme ich nunmehr entsprechend der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern dazu aus meiner Sicht Stellung.

Da eine Stellungnahme zu der umfangreichen Bundestagsdrucksache keine ausführliche Auseinandersetzung mit sämtlichen dort enthaltenen Anregungen und Vorschlägen sein kann, beschränke ich mich auf die *Besonderheiten,* die sich aus der *psychiatrischen Versorgung in einem Großstadtbereich* mit dessen besonderen Problemen ergeben.

Ich gehe davon aus, daß Sie mein Schreiben vom 11. Oktober 1975 zur Kenntnis genommen haben, in dem ich dargestellt habe, wie die in der Stellungnahme der Bundesregierung zum *Zwischenbericht der Psychiatrie-Enquete angekündigten Vorhaben* auf *Landesebene* in Berlin bis dahin vorangebracht werden konnten. Die nachfolgende Gliederung bezieht sich auf die Zusammenfassung des Berichts (S. 6 ff. der Bundestagsdrucksache).

A. Darstellung der gegenwärtigen Situation und konkrete Planungen

1. Das Vorfeld psychiatrisch-psychotherapeutischer Dienste

In Berlin bestehen die im Bericht der Sachverständigenkommission beschriebenen *Mängel im Bereich des Vorfeldes psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste* nicht. Es gibt ein gut ausgebautes Netz von Beratungseinrichtungen im Bereich des Jugendwesens und in den Gesundheitsämtern sowie eine ausgebaute Ehe- und Familienberatung bei den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege. Sowohl die *Gesamtzahl der Beratungsstellen* als auch deren *personelle Ausstattung* und die *fachliche Qualifikation* der dort Tätigen liegen *über dem Durchschnitt der übrigen Bundesrepublik.* Die Beratungsstellen sind größtenteils *gemeindenah* angesiedelt, wenn nicht, sind sie durch ein gutes Verkehrsnetz leicht zu erreichen. In besonderer Weise wurden in den letzten Jahren der *Schulpsychologische Dienst* und die *Erziehungsberatung* ausgebaut. Im Rahmen des Jugendgesundheitsdienstes wurde der geistig-seelischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen große Aufmerksamkeit geschenkt und die für Ärzte in diesem Bereich angebotenen *psychologisch-psychotherapeutischen Fortbildungsmöglichkeiten* wurden von diesen angenommen. In Berlin werden zur Zeit im öffentlichen Dienst und in den freien Verbänden insgesamt ca. 2 585 Sozialarbeiter beschäftigt, so daß bei 2 Millionen Einwohnern auf 792 Einwohner ein Sozialarbeiter kommt. Das Problem der *sozialen Arbeit in Berlin* liegt darin, daß viele Dienste unkoordiniert nebeneinander bestehen. Aus diesem Grunde hat eine vom Senat eingesetzte Planungsgruppe Vorschläge für eine *Neustrukturierung der sozialen Dienste in Berlin* vorgelegt, die zunächst in zwei Stadtbezirken *teilweise modellhaft erprobt* werden sollen. Die Vorbereitungen dafür sind im Gange.

Bereits im *Psychiatriebericht 1973 des Senats* wurde ausgeführt, daß die Qualität der Behandlung von Nervenkranken durch niedergelassene Ärzte und Fachärzte (außer Nervenärzten) außerordentlich unterschiedlich ist, wobei festgestellt werden muß, daß psychologisch interessierte *Ärzte auch ohne Facharztanerkennung* für Psychiatrie, die sich mit dem Gebiet der Nervenheilkunde und den dort verwendeten Medikamenten befaßt haben, *ausgezeichnete Arbeit leisten.* Diese Ärzte sind diejenigen, die eng mit den Sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter zusammenarbeiten. Andererseits sind Ärzte, deren Interessengebiet auf anderen Bereichen der Medizin liegt, oftmals in der Behandlung psychisch Kranker unsicher. Das trifft auch heute noch zu.

2. Ambulante Dienste

Die *meisten psychisch Kranken werden ambulant versorgt,* und es ist für Berlin festzustellen, daß die

ambulante Betreuung von psychisch Kranken im Sozialpsychiatrischen Dienst, bei den Beratungsstellen für Suchtkranke im öffentlichen und im freigemeinnützigen Bereich und in den Praxen der niedergelassenen Nervenärzte und Psychotherapeuten *das Rückgrat der psychiatrischen Versorgung darstellt.*

Aufgrund einer 1967 getroffenen Entscheidung, den *Sozialpsychiatrischen Dienst* in jedem Gesundheitsamt mit zusätzlichen Ärzten und Sozialarbeitern auszustatten, stehen seit 1970 in diesem Bereich Stellen *für einen Arzt und vier Sozialarbeiter* für jeweils 80 000 Einwohner zur Verfügung. Dies bedeutet — vorausgesetzt alle Stellen können besetzt werden — daß ein Sozialarbeiter durchschnittlich 200, ein Arzt etwa 800 Patienten zu betreuen hat. Die gebotenen Hilfen haben das Ziel, den Kontakt psychisch Kranker und Behinderter zu ihrer Umwelt soweit wie irgend möglich zu erhalten und eine Krankenhausaufnahme zu vermeiden. Richtlinien, die den Arbeitsauftrag dieses Zweiges der Gesundheitsfürsorge eingehend beschreiben, wurden erstmals 1969 erlassen und gelten z. Z. in der Fassung vom 6. Juni 1975 (Dbl. IV/1975, S. 76). In den meisten Bezirken wird neben der sog. *Einzelfallhilfe* auch *Gruppen-* bzw. *Clubarbeit* mit Patienten durchgeführt — auch dies mit dem Ziel, ihre Kontaktfähigkeit zu erhalten oder neu zu entwickeln. *Rund 20 000 Menschen gehören in Berlin zu den vom Sozialpsychiatrischen Dienst Betreuten.* Die *Zahl der Beratungen* durch Arzt und Sozialarbeiter hat sich in den letzten zehn Jahren *verdoppelt,* die der *Hausbesuche vervierfacht.* Als besonderer Erfolg ist zu werten, daß die Zahl der *Krankenhauseinweisungen,* an denen der Sozialpsychiatrische Dienst beteiligt war, in den vergangenen Jahren nicht zu —, *sondern allmählich abgenommen hat.* Obwohl die Richtlinien das ermöglichen würden, enthält sich der Sozialpsychiatrische Dienst in der Regel der medikamentösen Behandlung.

Die Bemühungen, durch einen Institutsvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Sozialpsychiatrischen Dienste an der kassenärztlichen Versorgung zu beteiligen, wurden zurückgestellt, bis nach Erfahrungen mit den jetzt anlaufenden Ambulanzen an den psychiatrischen Krankenhäusern (s. u.) eine Aussage darüber gemacht werden kann, in welchem Umfange noch unversorgte behandlungsbedürftige psychisch Kranke in Berlin vorhanden sind.

Dringend *ausbaubedürftig* ist der regelmäßige *Kontakt zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst und den Fachkrankenhäusern und -abteilungen,* um den Übergang des Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich so günstig wie möglich zu gestalten. Gefördert wird dieser Kontakt zweifellos durch *personelle Verknüpfungen,* d. h. es ist anzustreben, daß Ärzte, aber auch Sozialarbeiter sowohl in dem Krankenhaus als auch im Sozialpsychiatrischen Dienst tätig sind. Diese Forderung wird in dem Maße Bedeutung gewinnen, wie bei schrittweiser Verkleinerung der noch vorhandenen psychiatrischen Großkliniken leistungsfähige psychiatrische Abteilungen in den großen Allgemeinkrankenhäusern entstehen.

Seit 1973 wird im Bezirk *Kreuzberg* das *Modell einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung* mit positiven Resultaten erprobt. Ein Patientenclub wird von der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Am Urban und dem Sozialpsychiatrischen Dienst gemeinsam betrieben. Seit Januar 1977 gibt es an diesem Krankenhaus *sechs Betten zur Krisenintervention.* 60 bis 70 v. H. der dort aufgenommenen Patienten können nach eingehender Beratung und Mobilisierung aller notwendigen Hilfen in der Regel nach längstens drei Tagen wieder in die ambulante Betreuung entlassen werden.

Aufgrund der vorliegenden positiven Erfahrungen soll das Kreuzberger Modell zur Verwirklichung gemeindenaher Psychiatrie auf *alle die Bezirke übertragen werden,* in denen eine größere psychiatrisch-neurologische Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus vorhanden ist. Die beschriebenen wünschenswerten Arbeitsansätze des Sozialpsychiatrischen Dienstes, neben der Einzelfallhilfe verstärkt Gruppen- und Clubarbeit mit Patienten durchzuführen, können mit dem vorhandenen Personal nicht in allen Bezirken in erforderlichem Umfange verwirklicht werden. Mehr noch als in anderen Arbeitsbereichen des öffentlichen Gesundheitsdienstes schlagen sich in der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes *Unterschiede in der Sozialstruktur zwischen den Bezirken* nieder, die bei sonst gleicher Bevölkerungszahl zu unterschiedlichen Anforderungen führen. Daher sind *Stellenerweiterungen* in den nächsten Jahren *unbedingt erforderlich.*

Im Rahmen des Jugendgesundheitsdienstes steht seit 1976 jedem Gesundheitsamt eine Stelle für einen *Kinder- und Jugendpsychiater* zur Verfügung, der sich allerdings nicht in erster Linie mit Einzelfällen befassen, sondern vorrangig die Mitarbeiter des Jugendgesundheitsdienstes beraten soll. Diese Stellen, die nur teilweise mit Jugendpsychiatern und anderen in der Jugendpsychiatrie erfahrenen Ärzten besetzt werden konnten, *bedürfen in nächster Zeit dringend einer Ergänzung* um Sozialarbeiter und Schreibkräfte, damit der Arzt sich ausschließlich auf seine fachlichen Aufgaben konzentrieren kann und alle Anschlußmaßnahmen und -tätigkeiten in ausreichendem Umfang gesichert sind.

Die ambulante Betreuung durch Polikliniken der Freien Universität Berlin wurde im psychiatrischen Bereich in jüngster Zeit durch die Einrichtung einer *Poliklinik für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters und einer gerontopsychiatrischen Poliklinik* verbessert. Spezialisierte Polikliniken im Universitätsbereich stehen aber auch für verschiedene andere Krankengruppen, wie z. B. Epilepsie-Kranke, zur Verfügung.

Die Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung über Institutsverträge nach § 368 n Abs. 6 RVO über die Zulassung von *psychiatrischen Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern* sind *abgeschlossen* und ein Vertrag mit rückwirkender Gültigkeit vom 1. Oktober 1977 liegt vor. Zunächst ist vorgesehen, kleinere Ambulanzen (mit etwa drei Dienstkräften) an den psychiatrischen Großkrankenhäusern, Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik und Nervenklinik Spandau sowie — für die Kinder- und Jugendpsychiatrie — an der Fachabteilung des Humboldtkrankenhauses einzurichten.

Die Zahl der *niedergelassenen Fachärzte* und der *Psychotherapeuten* in eigener Praxis ist vergleichsweise *günstig* und sie hat sich in den letzten Jahren verbessert:

Tabelle 1

Zur Krankenkassenbehandlung zugelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten in Berlin

	Psychiatriebericht 1973 (2 Millionen Einwohner)		Ende 1976 (1,95 Millionen Einwohner)	
	Anzahl	Zahl pro Einwohner	Anzahl	Zahl pro Einwohner
Nervenärzte	39	51 281	69 *)	28 271
Psychotherapeuten				
a) ärztliche	47	42 553	62	31 463
b) nichtärztliche (Delegationsverfahren)	28	71 285	60	32 512
c) insgesamt	75	26 666	122	15 989

*) Außerdem sind sechs Ärzte ermächtigt.

Dazu kommen *etwa 36 Psychotherapeuten* (Ärzte und psychoanalytisch ausgebildete Diplompsychologen), die nicht zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen sind und *zahlreiche* weitere *Psychologen,* die verhaltens- und gesprächspsychotherapeutische Behandlungsverfahren anbieten, das Angebot der analytischen Psychotherapie ergänzen und insbesondere aus der Betreuung von geistig und seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen nicht mehr wegzudenken sind.

Die in Berlin ansässigen *drei Ausbildungsinstitute für psychoanalytische Behandlungsmethoden* bieten ambulante Behandlungsmöglichkeiten ebenso wie das *Institut für psychogene Erkrankungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin* an.

Während von einem Mangel an niedergelassenen Nervenärzten in Berlin nicht mehr gesprochen werden kann, sind Behandlungsplätze im psychotherapeutisch-analytischen Bereich oftmals erst nach längerer Wartezeit zu bekommen. Dringlich ist daher der *Ausbau weiterer Ausbildungsmöglichkeiten für analytisch ausgebildete Psychotherapeuten,* die vermehrte Anwendung von personalsparenden *gruppentherapeutischen Behandlungsverfahren* und eine baldige Regelung des *Rechts der nichtärztlichen Psychotherapeuten* und eine Forschung im Hinblick auf Einsatzmöglichkeiten und standardisierte Ausbildung von klinischen Psychologen mit dem Schwerpunkt der Gesprächs- und Verhaltenstherapie.

3. Stationäre Dienste

Die *besonderen Probleme* der psychiatrischen *Fachkrankenhäuser,* die im Bericht über die Lage der Psychiatrie dargestellt werden, sind *in Berlin nur teilweise vorhanden.* Insbesondere kann man *nicht* davon sprechen, daß die psychiatrischen Krankenhäuser *gemeindefern* angesiedelt sind. Wenn auch nur etwa *zwei Drittel der Berliner Bevölkerung* derzeit die Möglichkeit haben, in dem *eigenen Bezirk* in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses behandelt zu werden, so sind doch die beiden psychiatrischen *Großkrankenhäuser* von jedem Punkt ihres Einzugsbereichs in *weniger als einer Stunde Verkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln* zu erreichen. Die Besetzung mit Ärzten und anderem Fachpersonal bereitet keine Schwierigkeiten, zumal in Berlin ein günstiger Stellenschlüssel besteht.

Sämtliche psychiatrische Betten sind im *Krankenhausbedarfsplan* für das Land Berlin aufgenommen, womit ein *wesentlicher Schritt* bei der *Gleichstellung psychisch Kranker* mit anderen Kranken unternommen wurde. Im größten psychiatrischen Krankenhaus, der *Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik,* wurde in den letzten Jahren ein neuzeitliches Diagnostikum mit Aufnahmeabteilung geschaffen, zwei weitere Häuser mit 213 Betten wurden grundsaniert und demnächst wird das nächste Haus mit 120 Betten fertiggestellt sein. Im Jahre 1978 wird mit dem *Neubau der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Humboldt-Krankenhauses* Reinickendorf begonnen. Weitere Baumaßnahmen sind die Schaffung einer *psychiatrisch-pädagogischen Rehabilitationsabteilung für Kinder im Krankenhaus Wilmersdorf,* Umbaumaßnahmen in der freigemeinnützigen *Waldhausklinik Zehlendorf* und die erhebliche Vergrößerung der *Neurologisch-psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Neukölln.*

Die Tabelle 2 zeigt die Planungen im stationären Bereich, wobei die *Entflechtung der psychiatrischen Großkrankenhäuser* entsprechend der Vorschläge der Psychiatrie-Enquete von besonderer Bedeutung ist. Es wird bis 1990 allerdings *nicht möglich* sein, die Großkrankenhäuser auf die in der Psychiatrie-Enquete genannten Größen zu reduzieren, da in dieser Zeit der Aufbau leistungsfähiger Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nicht so stark vorzunehmen ist, daß diese sämtliche Aufgaben der Großkrankenhäuser übernehmen könnten.

Tabelle 2

Entflechtung der psychiatrischen Krankenhäuser in Berlin

Psychiatriebericht 1973 Krankenanstalt bzw. -abteilung	Anzahl der Planbetten	Krankenhaus bzw. -abteilung (neue Bezeichnung)	Bettenzahl Planung bis 1. Januar 1977	1990
Städtische Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, 1000 Berlin 26, Oranienburger Str. 285	2 050	Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Krankenhausbetrieb von Berlin-Reinickendorf	**2 005**	**1 200**
Landesnervenklinik Berlin, 1000 Berlin 20, Griesingerstr. 27/33	921	Nervenklinik Spandau	**951**	**800**
Städtisches Krankenhaus Spandau-Süd, Psychiatrisch-neurologische Abteilung, 1000 Berlin 22, Kladower Damm 221	369	Krankenhaus Spandau, Psychiatrisch-neurologische Abteilung	369	350
Psychiatrische und neurologische Klinik der Freien Universität Berlin, 1000 Berlin 19, Nußbaumallee 30/38	187	Universitätsklinikum Charlottenburg, Fachbereich 3, WE 11, Psychiatrische Klinik	187	227
		Universitätsklinikum Charlottenburg, Fachbereich 3, WE 10, Kliniken Westend, Spandauer Damm 130, 1000 Berlin 19	40	—
		Universitätsklinikum Steglitz, Fachbereich 2, WE 8, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45	**54**	**104**
Neuropsychiatrische Klinik Waldhaus, Nikolassee, 1000 Berlin 38, Straße am Waldhaus 1—19	405	Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk — Neuropsychiatrische Klinik Waldhaus Nikolassee	**222**	**410**
Städtisches Krankenhaus Moabit, Abteilung Unger'sche Klinik, 1000 Berlin 30, Derfflingerstr. 21	104	Krankenhaus Moabit, Krankenhausbetrieb von Berlin-Tiergarten, Örtlicher Bereich: Derfflingerstraße	**137**	**280**
Städtisches Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Psychiatrisch-neurologische Abteilung, 1000 Berlin 65, Augustenburger Platz 1	54	Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Krankenhausbetrieb von Berlin-Wedding, Örtlicher Bereich: Augustenburger Platz, Psychiatrisch-neurologische Abteilung	54	60
Städtisches Krankenhaus Am Urban, Psychiatrisch-neurologische Abteilung, 1000 Berlin 61, Dieffenbachstraße 1	136	Krankenhaus Am Urban, Krankenhausbetrieb von Berlin-Kreuzberg, Psychiatrisch-neurologische Abteilung	**176**	**370**
		Krankenhaus Wilmersdorf, Krankenhausbetrieb von Berlin-Wilmersdorf, Örtlicher Bereich: Sophie-Charlotten-Straße	162	162
Städtisches Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Psychiatrisch-neurologische Abteilung, 1000 Berlin 41, Rubensstraße 125	110	Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Krankenhausbetrieb von Berlin-Schöneberg, Psychiatrisch-neurologische Abteilung	**255**	**180**
Städtisches Wenckebach-Krankenhaus, Psychiatrisch-neurologische Abteilung, 1000 Berlin 42, Wenckebachstraße 23	113	Wenckebach-Krankenhaus, Krankenhausbetrieb von Berlin-Tempelhof, Psychiatrisch-neurologische Abteilung	113	110

Psychiatriebericht 1973 Krankenanstalt bzw. -abteilung	Anzahl der Planbetten	Krankenhaus bzw. -abteilung (neue Bezeichnung)	Bettenzahl Planung bis 1. Januar 1977	1990
Städtisches Krankenhaus Neukölln, Psychiatrisch-neurologische Abteilung, 1000 Berlin 47, Rudower Str. 56	74	Krankenhaus Neukölln, Krankenhausbetrieb von Berlin-Neukölln, Psychiatrisch-neurologische Abteilung	**74**	**400**
Schloßpark-Klinik, Psychiatrisch-neurologische Abteilung, 1000 Berlin 19, Heubnerweg 2	136	—	135	140
ASB-Pflegeanstalt Spandau, 1000 Berlin 20, Radelandstr. 199—203	302	—	**305**	**150**
Krankenanstalt Finkenhof Sonnek & Co., 1000 Berlin 33, Lentzeallee 15—17	106	—	106	—
Klinik für psychogene Störungen, 1000 Berlin 33, Höhmannstr. 2	54	—	54	50
DRK-Klinik Phoenix, 1000 Berlin 19, Nußbaumallee 14	44	—	44	40
		Krankenhaus für Geriatrie Nansen, Abteilung Eibenhof, Bettinastr. 4, 1000 Berlin 33	126	120
		Sanatorium Birkenhaag, Kirchhainer Damm 84—104, 1000 Berlin 49	—	**160**
insgesamt ...	5 165		5 569	5 313

Die *gemeindenahe Versorgung* wird ferner dadurch *gefördert,* daß

— das *Stadtgebiet* für die psychiatrische Versorgung so *aufgegliedert* ist, daß zur Zeit die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik fünf, die Nervenklinik Spandau vier und das Krankenhaus Spandau drei Bezirke psychiatrisch versorgt,

— in der *Nervenklinik Spandau* zusätzlich noch eine *„Sektorisierung"* vorgenommen wurde, d. h. Bewohner eines Stadtbezirks nur in bestimmten Abteilungen der Klinik behandelt werden.

Die Einrichtung eines *Kriseninterventionszentrums* im Krankenhaus Am Urban hatte in den ersten neun Monaten seines Bestehens nicht nur die Auswirkung, daß zahlreiche Bewohner des Bezirks *nicht* in das für sie *zuständige regionale Krankenhaus* überwiesen werden mußten, sondern auch, daß die *Verweildauer* in der *psychiatrischen Abteilung dieses Krankenhauses,* die aufgrund ihrer Größe zu einer Vollversorgung des Bezirks noch nicht in der Lage ist, um *30 v. H. gesenkt werden konnte.*

Für die *stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung* (ohne Spezialisierung auf Suchterkrankungen) stehen in Berlin ausreichend Betten zur Verfügung und zwar in der

Nervenklinik Spandau .... 29 Betten

Klinik für psychogene Störungen
Dr. Wiegmann .... 54 Betten

Psychosomatischen Abteilung der
Kliniken des Theodor-Wenzel-Werks .. 15 Betten

und

Klinikum Charlottenburg der Freien
Universität Berlin
— WE 11 und WE 12 .... 17 Betten.

Weitere psychotherapeutisch/psychosomotische Bettenstationen an den Lehrstühlen für dieses Fachgebiet im Klinikum Charlottenburg und Klinikum Steglitz werden in absehbarer Zeit eingerichtet.

Zur Verbesserung der psychotherapeutischen/psychosomatischen Diagnostik und Behandlung in den *Inneren Abteilungen* der Allgemeinkrankenhäuser wurden ab 1976 10 Stellen für Psychotherapeuten geschaffen und zwar je ein Psychotherapeut bei mehr als 400 Planbetten in Inneren Abteilungen und je ein Psychotherapeut mit 20 Wochenstunden bis zu 400 Planbetten in Inneren Abteilungen der Krankenhausbetriebe.

4. Halbstationäre Dienste

Der wünschenswerte Ausbau der *Tages- und Nachtkliniken* ist in Berlin in den letzten Jahren vorangekommen. Zur Zeit stehen in fünf Einrichtungen insgesamt 204 Planbetten bzw. Tagesklinikplätze für die halbstationäre Behandlung zur Verfügung.

Ein weiterer wesentlicher Ausbau ist zur Zeit nicht vorgesehen, da der Bedarf von Tagesklinikplätzen

in einem Ballungszentrum mit einer guten ambulanten und poliklinischen Versorgung durch die vorhandenen Einrichtungen abgedeckt werden kann und im Nachtklinikbereich weniger Klinikplätze als *Nachtheimplätze* — auch für Alkoholabhängige — benötigt werden.

5. Komplementäre Dienste

Für den psychiatrischen Bereich stehen in Berlin jetzt *432 geschützte Wohnplätze* zur Verfügung. Damit ist das 1973 gesetzte Planungsziel, für Berlin 500 geschützte Wohnplätze zu schaffen, annähernd erreicht. Im Zusammenhang mit Aktivitäten privater und gemeinnütziger Träger ist damit zu rechnen, daß der bestehende Fehlbedarf schon in wenigen Wochen gedeckt sein wird.

Patientenclubs bestehen zur Zeit in ausreichender Anzahl in den Sozialpsychiatrischen Diensten, im Rahmen des Projekts Gemeindepsychiatrie Kreuzberg, ausgehend von den psychiatrischen Krankenhäusern und in der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin sowie der DRK-Klinik Phoenix. Daneben gibt es Patientenclubaktivitäten für geistig Behinderte in einigen Werkstätten für Behinderte bzw. Beschäftigungstagesstätten. Die genannten Einrichtungen führen auch *Patientenreisen* durch.

Zur Zeit gibt es in Berlin 1 440 Plätze in sechs *Werkstätten für Behinderte* und 215 Plätze in *Beschäftigungstagesstätten,* wovon 157 Plätze in Einrichtungen des Vereins Mosaik e. V. die vorläufige Gleichstellung mit Werkstätten für Behinderte im Sinne des Schwerbehindertengesetzes erreichen konnten. Das Land Berlin unterhält zur Zeit für geistig behinderte Jugendliche 438 Plätze in sogenannten Jugendwerkheimen und 15 Plätze in Beschäftigungstagesstätten für Erwachsene.

Besondere *Zentren* für die Betreuung von geistig-seelisch und körperlich Behinderten werden in Charlottenburg (Diagnose- und Behandlungszentrum für mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche) und Wilmersdorf (Psychiatrisch-pädagogisches Rehabilitationszentrum für Kinder am Krankenhaus Wilmersdorf) zur Zeit geschaffen und 1980 bzw. 1979 eröffnet. Neben ambulanten Diensten wird es dort insgesamt 67 Planbetten geben.

6. Dienste für spezielle Patientengruppen

Der *Alkoholismus* stellt in Berlin das *größte Suchtproblem* dar. Es wird damit gerechnet, daß es in Berlin ca. 70 000 behandlungsbedürftige Alkoholkranke gibt.

Im stationären Bereich werden zur Zeit die folgenden Betten für eine spezialisierte Behandlung von Alkoholkranken vorgehalten:

Nervenklinik Spandau		
Akutkranke	117	
Chronischkranke	29	146
Krankenhaus Spandau		
Aufnahmestation	33	
Therapiestation	32	65
Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik		140
Jüdisches Krankenhaus Psychosomatische Abteilung		90
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk		
Psychiatrische Abteilung	24	
Innere Abteilung	22	46
		487

Damit ist der Bedarf an klinischen Therapieplätzen — vor allem für Männer — zur Zeit gedeckt. Nicht motivierte Alkoholkranke und Notfälle werden darüber hinaus nach wie vor weiterhin in den *allgemeinen psychiatrischen Stationen* und — vor allem wenn innere Begleiterkrankungen vorliegen — auf internistischen Fachabteilungen behandelt.

Im *ambulanten* Bereich spielt die Arbeit der der *Landesstelle Berlin gegen die Suchtgefahren e. V.* angeschlossenen Vereinigungen eine besondere Rolle. Sie und die Gesundheitsämter bieten wöchentlich über 90 Gruppenbehandlungsstunden, z. T. auch in Krankenhäusern, an. Im öffentlichen Gesundheitsdienst werden zwei spezielle Beratungsstellen für Alkoholkranke an den Gesundheitsämtern Wedding und Neukölln unterhalten, die insgesamt 16 fachlich geschulte Mitarbeiter haben. Daneben besteht noch eine Alkoholberatungsstelle im Sozialmedizinischen Dienst der Landesstelle gegen die Suchtgefahren, die zur Zeit drei hauptamtliche Sozialarbeiter und einen nebenberuflich tätigen Arzt als Mitarbeiter hat. Über die weiteren Planungen auf dem Gebiet der Betreuung von Alkoholkranken wird der Senat in Kürze dem Parlament zu berichten haben. Da die Überlegungen noch nicht abgeschlossen sind, kann jetzt noch nichts abschließend darüber ausgesagt werden, in welcher Weise in den nächsten Jahren die Dienste für Alkoholkranke ausgebaut werden.

Das *Rauschmittelproblem* ist in Berlin erheblich, was sich allein daran erkennen läßt, daß in diesem Jahr bis Ende November 78 Menschen im Zusammenhang mit ihrer Drogenabhängigkeit verstorben sind. Der Senat hat kürzlich *zusätzliche Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenmißbrauchs* beschlossen. Neben einer Intensivierung der gesundheitlichen Aufklärung und Prävention, vor allem im Schulbereich, ist eine intensive Bekämpfung der Rauschmittelkriminalität, Verbesserung der klinischen Behandlungsmöglichkeiten, Erweiterung und Intensivierung der Arbeit in therapeutischen Wohngemeinschaften, Verbesserung der Nachweismöglichkeit von Drogenabhängigkeit durch eine neue Laboreinheit und die Intensivierung der Forschung vorgesehen. Insgesamt wird der Senat für dieses Programm *zusätzlich mehr als 8,5 Millionen DM ausgeben.*

7. Koordination und Planung

Zur Verbesserung der Koordination und zur Beratung der zuständigen Behörden auf dem Gebiet der Psychiatrie hat Berlin die Schaffung eines *Psychiatriebeirats* beschlossen. In diesem sind Fachleute aus verschiedenen Bereichen psychiatrischer Tätigkeit berufen worden.

8. Aus- und Weiterbildung

Obwohl es in Berlin bei den meisten in der Psychiatrie erforderlichen Berufsgruppen — einschließlich Ärzten — nicht besonders schwierig ist, geeignete Fachkräfte zu gewinnen, wird der Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie besonderes Interesse gewidmet. Die Vorarbeiten für einen ersten *Kurs zur Heranbildung von psychiatrischen Fachkrankenschwestern bzw. Fachkrankenpflegern* sind in vollem Gange. Dabei werden anderswo in der Bundesrepublik gewonnene Erfahrungen berücksichtigt. Mit dem ersten Kurs ist im Jahre 1979 zu rechnen. Die Ausbildungsmöglichkeiten zum analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Psychagogen) sind 1977 auf 79 Ausbildungsplätze erweitert worden.

B. Zusammenfassende Schlußbetrachtung

Auch nach Berliner Ansicht hat der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" in wünschenswerter Weise die öffentliche Diskussion auf noch bestehende Probleme in der psychiatrischen Versorgung gelenkt. In dem Bericht sind eine *Fülle von Anregungen* enthalten, die bei der weiteren Psychiatrieplanung beachtet werden müssen. Andererseits ist nicht zu verkennen, daß die *organisatorischen Vorschläge* in dem Bericht der Sachverständigen-Kommission zu wenig die besonderen Verhältnisse im großstädtischen Bereich und die *verfassungsrechtlichen Gegebenheiten* berücksichtigen. Berlin wird keine neuen Organisationsstrukturen mit Zuständigkeit nur für die Psychiatrie auf der kommunalen und Landesebene neben den bestehenden verfassungsmäßigen Einrichtungen schaffen. Die konsequente Trennung von psychisch Kranken und geistig Behinderten, die Verkleinerung von sämtlichen psychiatrischen Krankenhäusern auf weniger als 600 Betten, der Aufbau von verschiedenen Betreuungssystemen für bestimmte Krankheits- und Personengruppen (wie Hirnverletzte und Epileptiker) wird unter den besonderen Bedingungen Berlins weder für in absehbarer Zeit notwendig noch durchführbar gehalten. Die *Planungsstudie* der Firma Heinle, Wischer und Partner wird bei den weiteren Planungen auch in Berlin herangezogen werden und bietet interessantes Material, sie ist aber im Hinblick auf Berliner Verhältnisse nicht in jeder Hinsicht realistisch. So entsprechen die bei den Berechnungen zugrunde gelegten Personalschlüssel nicht den zur Zeit in Berlin bestehenden und auch für notwendig erkannten. Demzufolge weichen auch die errechneten Pflegekosten von denen ab, die in Berlin erforderlich sind.

Dr. Mattheis

Freie Hansestadt Bremen — Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz

9. Oktober 1975

Zwischenbericht

Zu Ihrer o. a. Anfrage nehme ich wie folgt Stellung: Die Einteilung in Versorgungsgebiete und Planung der erforderlichen Einrichtungen wird in Bremen auf Grund des Strukturplanes (siehe Anlage) erfolgen. Da dieser kurz- bis mittelfristig angelegt ist, berücksichtigt er auch weitgehend die für Bremen notwendigen Sofortmaßnahmen.

Nicht berücksichtigt im Strukturplan sind Spezialeinrichtungen auf der Ebene übergeordneter Versorgungsgebiete, wie z. B. für abnorme Rechtsbrecher, wiederholt straffällig gewordene Alkoholiker, überregionale Einrichtungen für Epilepsiekranke und Einrichtungen für Mehrfachbehinderte. Hier wird Bremen sich an Planungen und Einrichtungen größerer Bundesländer beteiligen müssen. Das gilt auch wahrscheinlich für einzelne Einrichtungen, die für die Standardversorgungsgebiete vorgesehen sind, wie Pflegeheime für Schwerstgeistigbehinderte und einzelne spezielle Einrichtungen für Suchtkranke.

Hinsichtlich der ambulanten Versorgung wird von der Enquete nachdrücklich gefordert, daß stationäre psychiatrische Einrichtungen grundsätzlich ambulant untersuchen und behandeln können. Im Gegensatz zu den Flächenstaaten ist in einem Stadtstaat wie Bremen die Versorgung mit niedergelassenen Nervenärzten als ausreichend gesichert anzusehen. Die Zusammenarbeit zwischen Klinik, Beratungsstelle und niedergelassenen Ärzten hat sich in Bremen bewährt.

Die Untersuchungen und Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Rehabilitation werden wegen der besonderen Aufwendigkeit dieser Arbeit auch weiterhin extramuralen Diensten überlassen.

Die Vorhaben auf Bundesebene sprechen die Frage der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der RVO durch psychiatrische Krankenhäuser an. Diese Notwendigkeit besteht im Gegensatz zu den Flächenstaaten in Bremen nicht.

Auf Länderebene liegt ein Gesamtprogramm mit dem Strukturplan für Bremen vor. Dieser enthält auch ein Sofortprogramm. Es gibt in Bremen auch keine Benachteiligung psychisch Kranker im Rahmen der medizinischen und sozialen Versorgung. Die Vorschläge zur Verbesserung der Personalsituation sind sachlich begründet.

Dr. Gühne
Ltd. Medizinaldirektor

Psychiatrie-Enquete

6. April 1977

1. Psychiatrie-Enquete

Unsere Planungen, die wesentlich auf den Enquete-Vorschlägen beruhen und die Belange eines Stadtstaates im besonderen berücksichtigen, sind in der diesem Schreiben beigefügten Mitteilung des Senats: Bericht über die Situation der psychisch Kranken und geistig Behinderten im Lande Bremen (Drucksache 8/1485 vom 1. Juli 1975 der Bremischen Bürgerschaft — Landtag — 8. Wahlperiode) im Detail dargestellt.

Eine aktuelle Problematik liegt noch in der vollen Realisierung der ambulanten Dienste.

2. Planungsstudie

Zu begrüßen an der Studie ist vor allem die Tatsache, daß hier erstmals ein ausgedehntes und in zahlreichen Umfragen des In- und Auslandes gewonnenes Zahlenmaterial zur Verwirklichung der Enquete-Vorschläge vorliegt, das sich nicht nur auf die benötigten Betten voll- und teilstationärer Art in den verschiedenen Therapiebereichen beschränkt, sondern auch bereits den prospektiven Personalbedarf für Ärzte, Psychologen, Schwestern und Pfleger, Beschäftigungstherapeuten und Sozialarbeiter aufzeigt.

Die Planungsstudie zeigt aber auch, daß die von uns entwickelten Pläne zur Öffnung der bisher rein stationär-klinischen Psychiatrie hin zu krankenhausnahen extramuralen Diensten, die in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Nervenärzten und dem Sozialressort tätig werden, einem eindeutigen und weltweiten Trend in diesem Fachbereich entsprechen.

Bezüglich eines Zahlenvergleiches zwischen den Vorschlägen der Studie und unseren Planungen — soweit es die Erwachsenen-Psychiatrie betrifft — ist eine Besonderheit erwähnenswert.

In der Planungsstudie geht man bezüglich der absoluten Zahlen benötigter Betten von einem psychiatrischen Versorgungsgebiet von 250 000 Menschen aus, eine Tatsache, die für Flächenstaaten ihre Berechtigung hat. Wir haben die absoluten Zahlen umgerechnet auf die Einwohnerzahl unserer Stadt plus etwa 114 000 Menschen aus dem umliegenden Einzugsgebiet, d. h., auf eine Zahl von 570 000 psychiatrisch zu versorgenden Bürgern.

Danach bestünde folgender Bettenbedarf:

420 Betten für die allgemeine Psychiatrie (= 0,7 ‰)

216 Betten für die Geronto-Psychiatrie (= 0,36 ‰)

42 Betten für die forensische Psychiatrie (= 0,07 ‰)

150 bis 336 Betten für die Suchtbehandlung (= 0,25 ‰ bis 0,56 ‰)

36 Betten für die Neurosentherapie (= 0,06 ‰)

Hinzu kommen laut Planungsstudie noch

108 Tagesklinikbetten (= 0,18 ‰)

12 Nachtklinikbetten (= 0,02 ‰)

Zur Zeit beträgt unsere Gesamtbettenzahl (nach der für 1977 geplanten Eröffnung des Neubaus im Krankenhaus Bremen-Ost) 1 097 Betten.

Ich weise darauf hin, daß die vorstehend genannten Prozentzahlen nicht identisch sind mit dem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Bettenschlüssel (vgl. Anlage: Auszug aus dem Entwurf des Krankenhausbedarfsplans der Freien Hansestadt Bremen, Stand: Mai 1977 S. 48 bis 50).

Die Zahlen der tages- und nachtklinischen Betten erfordern noch einen besonderen Hinweis. Während die Zahl der Tagesklinikbetten zu hoch liegt, sind die Nachtklinikbetten als zu gering angesetzt zu bewerten. Die in der Studie geforderten Heimplätze von 0,24 v. H. = 144 sind unzureichend aufgrund unserer Erfahrungen, die etwa den 2½fachen Wert beinhalten.

Aus der Sicht der Erwachsenen-Psychiatrie sehen wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Studie eine Bestätigung unserer Planungen.

Was die Kinder- und Jugendpsychiatrie betrifft, so ist die Definition korrekturbedürftig, wonach unter Kinder- und Jugendpsychiatrie der Bedarf für alle „psychisch Kranken und Behinderten, förderbare geistig Behinderten, die noch nicht 18 Jahre alt sind", zusammengefaßt ist. Eine korrektere Definition wäre demgegenüber die Aufgabe des selbständigen Fachgebietes, sich um die fachgerechte Untersuchung und Behandlung von neurologisch-speziell zentral nervös-, psychosomatisch, psychisch oder sozial gestörten Kindern und Jugendlichen zu bemühen.

Im Vordergrund stehen die auch im Bericht wiederholt erwähnte Prävention, die Rehabilitation, die Begutachtung und die Beratung. Das Fachgebiet vereint Aspekte der Neuro- und Sozialpsychiatrie, ist nicht nur individual-psychotherapeutisch, sondern auch familien-therapeutisch ausgerichtet und kann nur auf diese Weise wirkungsvoll werden, aus sozial-psycho-hygienischer Sicht auch vorbeugend.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bremen wurde aufgrund empirischer Fakten als stationäre Einrichtung mit 120 Betten geplant, mit der Möglichkeit einer Expansion. Wie aus dem Bericht ersichtlich wird, besteht für zwei Standardversorgungsgebiete (500 000 Einwohner) ein Bettenbedarf von 120.

Die starre Zuordnung der Klinik zu Pflichtaufnahmegebieten wird bei neuro- und sozial-psychiatrisch gestörten jungen Patienten dann Versorgungsschwierigkeiten mit sich bringen, falls die Eltern danach trachten, den Aufenthalt ihres Kindes in einer nahegelegenen „Nervenklinik" — was leichter bekannt werden könnte — zu verheimlichen und sich aus diesen nicht seltenen Motivationen für eine entlegenere Behandlungsstätte entscheiden.

Während die Studie eine Integration der behinderten Kinder und Jugendlichen ebenfalls im Bereich des psychiatrischen Krankenhauses vorsieht, wird in Bremen durch die Schaffung eines „Zentrums für das behinderte Kind" eine besondere multi-disziplinäre Behandlungsstätte in Form eines Kooperationsmodells von Klinik und niedergelassenen Ärzten entwickelt.

Die in der Studie erwähnte Forderung, nur unbedingt stationär behandlungsbedürftiges Krankengut der einweisenden Ärzte aufzunehmen, wird erfüllt. In die Klinik kommen nur jene Patienten nach Ausschöpfung aller ambulanten Möglichkeiten mit dem Zwang des „letzten Auswegs", was zu einer Ansammlung von schwerstgestörten Kindern und Jugendlichen führt. Aus diesem Grunde ist eine über die Verhältniszahl von 1 : 1 hinausgehende Verstärkung des pflegerischen, erziehungsdienstlichen Personals und der Schwestern auf den Stationen, speziell die Hinzuziehung einer angemessenen Zahl von Männern — was in der Studie nicht erwähnt wurde — auf den Jugendlichen-Stationen eine vordringliche Aufgabe.

Bei der Abhandlung der Personalausstattungsfrage ist die einfache Quantifizierung mit Mängeln behaftet. Durch die völlige Außerachtlassung von Quantifikationskriterien führt die Studie zu einigen Selbstwidersprüchen. Z. B. wird festgestellt, daß es noch zu wenige Kinder- und Jugendpsychiater gibt. Nicht nur ihre Ausbildung zu Fachärzten obliegt den Klinikchefs und Oberärzten, sondern auch die fachliche Koordination der Arbeit aller Vertreter der hier ausgeübten interdisziplinären diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Nur unter solchen Voraussetzungen kann die klinische Arbeit zur höchstmöglichen Effektivität gebracht werden.

Es wird nicht als aufgabengerecht erachtet, wenn bei dem Bettenschlüssel von 1 : 8 für Ärzte keine Unterschiede gemacht bzw. die Psychologen zahlenmäßig zur Hälfte mit einbezogen werden. Auszubildende, unerfahrene und auf interdisziplinäre Zusammenarbeit unzureichend ausgerichtete Mitarbeiter können ohne qualifizierte Leitung die medizinischen Aufgaben nicht erledigen bzw. effektiv gestalten sowie den Kräfte- und Zeithaushalt aller nicht schonend und zweckdienlich einsetzen lernen. In praxi müßte man erwarten dürfen, daß jede Station — in Bremen umfaßt sie 14 bis 19 Betten — mit je einem Stationsarzt besetzt wird, wobei mindestens für 3 Stationen die funktionelle Zuordnung eines Psychologen erforderlich erscheint.

Durch eine ungezielte, das notwendige Maß und begrenzte Ziel einer interdisziplinären Zusammenarbeit überschreitende Vermehrung von nichtmedizinischen Stellen können klinikfremde Verhältnisse entstehen oder fixiert werden. Eine solche Fehl-

entwicklung wäre nicht nur unter dem Aspekt der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen" von außerordentlicher Bedeutung. Sie steht auch im Widerspruch mit der in der Studie erwähnten Forderung, Klinikaufenthalten mit möglichen Hospitalisierungsfolgen vorzubeugen und die Aufenthaltsdauer zu verkürzen.

Liegt der Schwerpunkt der Betreuung schließlich auf psychologischem, psychagogischem, sozial-pädagogischem, pädagogischem, beschäftigungstherapeutischem oder krankengymnastischem Sektor, so wird auch von seiten der Kassen eine Entlastung in häusliche oder heilpädagogische Heimbehandlung unter entsprechender nicht medizinischer Leitung, jedoch gesundheitlicher Überwachung erwartet. Aus diesen Gründen kommen den vor- und nachstationären Maßnahmen durch kinder- und jugendpsychiatrische Beratungsstellen künftig wesentliche Funktionen zu.

Im Auftrag
Prof. Dr. Dr. Werner

Anlage

BREMISCHE BÜRGERSCHAFT
Landtag
8. Wahlperiode

Drucksache 8/1485

01. 07. 75

Mitteilung des Senats

Bericht über die Situation der psychisch Kranken und geistig Behinderten im Lande Bremen

Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) hat sich in ihrer Sitzung am 27. Februar 1974 mit der Situation der psychisch Kranken und geistig Behinderten befaßt und hierzu folgendes beschlossen (Drucksache 8/870):

„Der Senat wird ersucht, der Bürgerschaft (Landtag) einen Bericht über die jetzige Situation der psychisch Kranken und geistig Behinderten aus dem Lande Bremen und über die zukünftige Versorgung dieses Personenkreises vorzulegen."

In Erfüllung dieses Auftrages der Bürgerschaft legt der Senat in der Anlage den Bericht über die Situation der psychisch Kranken und geistig Behinderten im Lande Bremen vor. Die Deputation für Gesundheit und Umweltschutz hat in ihrer Sitzung am 23. Juni 1975 den Bericht zustimmend zur Kenntnis genommen.

Einleitung

Dieser Bericht wird erteilt aufgrund eines Beschlusses der Bremischen Bürgerschaft vom 27. Februar 1974 (Drucksache 8/870). Auf Beschluß des Senats vom 5. März 1974 wurde der Senator für Gesundheit und Umweltschutz beauftragt, den Bericht federführend zu entwerfen.

Die nachfolgende Darstellung hat einen Bereich bremischer Gesundheitspolitik zum Gegenstand, dessen Ergebnisse als vorbildlich und richtungweisend für die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland angesehen werden können.

Es handelt sich nicht nur darum, daß eine relativ gute Versorgung erreicht wurde, sie kann in einigen Bereichen nach dem heutigen Ergebnisstand als optimal angesehen werden.

Dies gilt insbesondere für die weitreichenden Konzeptionen, die mit den Neubauten der Krankenhäuser Bremen-Ost und Bremerhaven-Reinkenheide im Bereich der stationären Versorgung realisiert werden. In beiden Fällen ist die „Integration", d. h. die Zusammenführung somatischer und psychiatrischer Disziplinen, durchzusetzen. Dieser Schritt ist ein Kernstück aller Verbesserungen der psychiatrischen Versorgung, weil sie die Gleichwertigkeit somatischer und psychischer Erkrankungen herstellt.

Beim Krankenhaus Bremen-Ost werden die somatischen Disziplinen des Krankenhauses Sebaldsbrück in den Neubau überführt, so daß hier ein modernes leistungsfähiges Krankenhaus mit einem psychiatrischen Schwerpunkt neben somatischen Disziplinen entsteht. Dieses Konzept wird als „Skandinavisches Modell" bezeichnet.

In Bremerhaven-Reinkenheide wird — der dortigen Bedarfsstruktur entsprechend — eine leistungsfähi-

ge psychiatrische Abteilung in ein Krankenhaus eingegliedert.

Diese Konzeption ist als „Britisches oder Anglo-Amerikanisches Modell" in der Literatur bekannt.

Aber nicht nur die Maßnahmen im stationären Bereich, sondern auch die Planungen und Maßnahmen des extramuralen Bereiches entsprechen dem hohen Standard der Versorgung und bieten die zu dem vorgenannten Integrationsmodell notwendigen Ergänzungen.

Diese Auffassung des Senats wurde zuletzt anläßlich des Richtaktes des Krankenhauses Bremen-Ost durch den zuständigen Bundesminister bestätigt und davor durch den Berichterstatter des Deutschen Bundestages für die Enquete zur Lage der Psychiatrie in Deutschland anerkannt.

Dennoch soll nicht verschwiegen werden, daß vieles erst ein Stadium des Werdens erreicht hat, bei dem ein Erfolg noch keineswegs als gesichert gelten kann. Ebenfalls muß zu diesem Zeitpunkt berücksichtigt werden, daß wesentliche Entscheidungsunterlagen für die zukünftige Arbeit, wie die zitierte Enquete des Bundestages, erst Ende des Jahres vorliegen werden.

Der Senat hält es dennoch für geboten, der Bürgerschaft noch vor Abschluß der Legislaturperiode den gewünschten Bericht zu geben. Er muß aber auf den provisorischen Charakter wesentlicher Teile seines Berichtes ausdrücklich hinweisen.

Zwei Grundsätze liegen den nachfolgend dargestellten Planungen, Konzeptionen und Entscheidungen zugrunde:

— Das Wohl des Patienten muß stets übergeordnete Richtschnur allen Denkens und Handelns sein.

— Die sich überstürzenden Entwicklungen gerade im Bereich der Psychiatrie zwingen dazu, Augenmaß zu bewahren, d. h. alles zu tun, um die Situation der psychisch Kranken und geistig Behinderten zu verbessern, ohne damit den Entscheidungsraum für zukünftige Entwicklungen zu verbauen.

Der erreichte hohe Standard der psychiatrischen Versorgung in unserem Lande legt Zeugnis dafür ab, daß beiden Forderungen entsprochen wurde.

Zum Aufbau des Berichtes ist noch anzumerken, daß die schon in der Debatte der Bremischen Bürgerschaft erwähnten Unterschiede zwischen psychisch Kranken und geistig Behinderten berücksichtigt wurden: Den geistig Behinderten wurde in diesem Bericht ein besonderer Abschnitt gewidmet. Dies geschah, weil es sich um eine relativ homogene und überschaubare Patientengruppe handelt, zum anderen, weil die Probleme dieser Patienten nur zum Teil medizinischer Art sind und eine ebenso bedeutende pädagogische bzw. heilpädagogische Komponente haben. Die Darstellung muß deshalb im Zusammenhang mit dem Bericht des Senats über die Lage des Sonderschulwesens an die Bremische Bürgerschaft vom 18. Dezember 1974 unter der Drucksache Nr. 8/844 gesehen werden.

Der Senat weist abschließend darauf hin, daß der Erfolg aller Maßnahmen im stationären wie im extramuralen und ambulanten Bereich davon abhängt, daß es zu einer engen Zusammenarbeit aller Beteiligten kommt. Der Senat hofft, daß der vorgelegte Bericht dazu beiträgt, diese Zusammenarbeit zu fördern, in dem die z. Z. erkennbaren Entscheidungen, Planungen und Entwicklungen, aber auch die Probleme dargelegt werden, so daß die künftige Arbeit zum Wohle der Patienten entschlossen angepackt werden kann.

I. Stationäre Versorgung der Patienten der Psychiatrie und Neurologie

1 Problemdarstellung

Die Erkenntnis, daß über eine Sanierung bestehender Gebäude des Krankenhauses Bremen-Ost hinaus sowohl bezüglich der Bettenversorgung als auch hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Struktur der Psychiatrie und Neurologie grundsätzliche Entscheidungen von großer finanzieller Auswirkung erforderlich seien, um die Versorgung der psychiatrischen und neurologischen Patienten des Landes Bremen und seines Umlands zu verbessern, führte dazu, daß die Deputation für das Gesundheitswesen 1970 einen „Strukturplan für die Neuro-Psychiatrie des Landes Bremen" durch einen Deputationsausschuß erarbeiten ließ. Die Deputation hat diesen Strukturplan am 3. Juni 1970 einmütig gebilligt.

Diese umfassende Strukturanalyse der psychiatrischen und neurologischen Versorgung im Lande Bremen ist unverändert aktuell; die daraus resultierenden Maßnahmen müssen konsequent durchgeführt werden.

Die Ergebnisse dieser Strukturanalyse sind wesentlich ergänzt worden

a) durch den Zwischenbericht der Enquete-Kommission,

b) durch den Rahmenplan der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie.

Aus diesen Unterlagen haben sich für die Entscheidungen folgende Grundsätze ergeben:

a) Für den Stadtstaat Bremen soll die Psychiatrie über ein Schwerpunktkrankenhaus in Bremen-Ost verfügen. Für dieses Schwerpunktkrankenhaus soll die Integration mit den somatischen Disziplinen vollzogen werden.

b) Es soll eine Dezentralisierung dahingehend angestrebt werden, daß eine ortsnahe Versorgung für akutpsychiatrische Fälle sichergestellt wird.

   Dies gilt insbesondere für die Stadtgemeinde Bremerhaven.

c) Die Verbindung der Disziplinen soll über eine psychosomatische Abteilung und intensivierte

konsiliarische Betreuung weiter ausgebaut werden.

d) Die Kinder- und Jugendpsychiatrie soll im Schwerpunktkrankenhaus Bremen-Ost konzentriert werden.

e) Die Neurologie ist als Disziplin den somatischen Disziplinen wie der psychiatrischen Disziplin etwa gleichermaßen verwandt. Da eine Integration der Psychiatrie mit somatischen Disziplinen im Sinne des sogenannten „Skandinavischen Modells" angestrebt wird, soll auch die Neurologie im Krankenhaus Bremen-Ost verbleiben.

Als einzige Fachklinik eines großen Einzugsbereiches hat die neurologische Klinik einen hohen Anteil auswärtiger Patienten zu versorgen.

f) Der frühere Entscheid, die Neurochirurgie im chirurgischen Zentrum des Zentralkrankenhausses St.-Jürgen-Straße zu belassen, soll zunächst nicht geändert werden. Eine spätere Rückführung in das Krankenhaus Bremen-Ost wird nicht ausgeschlossen.

g) Die Bedarfsanalyse ergab die Notwendigkeit zur Schaffung zusätzlicher Betten und zeitgemäßer Funktionseinrichtungen. Es wurde daher die Errichtung des „Klinischen Neubaus" beschlossen, der sowohl den absoluten Bedarf an Betten dekken als auch die dringend erforderliche Zusammenführung der psychiatrischen und neurologischen mit den allgemein-medizinischen Disziplinen sicherstellen wird. Darüber hinaus wird dieser Neubau mit seinen allgemein-medizinischen Einrichtungen eine erhebliche Verbesserung der Versorgung im Einzugsbereich Bremen-Ost ermöglichen.

Auch in Bremerhaven wurde nach Beschluß der Strukturanalyse mit der Planung einer psychiatrischen Klinik begonnen, die zur Zeit zusammen mit dem allgemeinen Krankenhaus Reinkenheide errichtet wird.

2 Bedarf

Der absolute Bettenbedarf für die Psychiatrie — einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie — wurde in der Strukturanalyse mit insgesamt 2 334 für das Land Bremen ermittelt. Dabei sind rd. 18 v. H. auswärtige Patienten des Einzugsgebietes berücksichtigt worden.

3 Jetzige Situation

Nach der Fertigstellung des „Klinischen Neubaues" und Sanierung der Altbauten im Krankenhaus Bremen-Ost, der Umgestaltung des Krankenhauses Sebaldsbrück für die psychosoziale Therapie und der Fertigstellung des Krankenhauses Bremerhaven-Reinkenheide einschließlich „Psychiatrische Aufnahmeklinik" wird das Land Bremen über folgendes Bettenangebot für Psychiatrie und Neurologie verfügen:

3.1 Krankenhaus Bremen-Ost

a)	im „Klinischen Neubau" Psychiatrie (einschließlich Nachtklinik mit 49 Betten)	261 Betten
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	123 Betten
	Neurologie	150 Betten
	Intensivpflege	12 Betten
		546 Betten

(Im „Klinischen Neubau" werden darüber hinaus 253 Betten der Medizin und Chirurgie — einschl. Intensivpflege — untergebracht werden.)

b)	Im Krankenhaus Sebaldsbrück psychosoziale Therapie (einschließlich Tag- und Nachtklinik mit 34 Betten)	255 Betten
c)	in sanierten Pavillons Bremen-Ost und in Hohenkamp	
	Psychiatrie	393 Betten
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	57 Betten
		450 Betten
d)	im Patientenwohnheim Ahlringstraße	24 Betten
e)	im Kloster Blankenburg Psychiatrie	300 Betten
f)	gesamt Bremen-Ost mit angeschlossenen Häusern (davon rd. 200 Betten für Pflegefälle)	1 575 Betten

3.2 Bremerhaven-Reinkenheide

Psychiatrie (einschließlich Nachtklinik)	120 Betten
Neurologie/Neurochirurgie	60 Betten
	180 Betten

3.3 Privatklinik Dr. Heines

Psychiatrie	144 Betten

3.4 Pflegeheim (rd. 470) und

Familienpflege (rd. 50)	520 Betten

Unter Berücksichtigung zu erwartender Schwankungen des Bettenbestandes, insbesondere bei den privaten Pflegeheimen und infolge Umstrukturierungen, entspricht der Bettenbestand nach Fertigstellung der Neubauten Ende 1977 mit insgesamt rd. 2 400 Betten

dem 1970 ermittelten Bedarf, der durch den Landes-Krankenhausbedarfsplan 1974 bestätigt wurde. Durch ein ausreichendes Bettenangebot wird auch das Problem der Wartezeiten, insbesondere auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, gelöst sein.

Die Altbauten Klinik Horn und St. Magnus sowie einige Pavillon-Altbauten im Areal Bremen-Ost werden nach Fertigstellung der Neubauten aufgelöst.

3.5 Der Bedarf an Spezialbetten für die Rehabilitation Querschnittsgelähmter und Hirnverletzter soll im Bereich der Neurologischen Klinik gedeckt werden.

4 Zukünftige Versorgung

Der Gedanke der Integration somatischer und psychiatrischer Disziplinen, der schon den Strukturplanungsausschuß veranlaßte, eine flexible Bauweise zu fordern, wurde insbesondere durch den Zwischenbericht vom 16. April 1973 der vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit beauftragten Sachverständigen-Kommission zur „Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zur entscheidenden Forderung für eine moderne Neugestaltung der Psychiatrie erhoben. Dieser Gedanke ist durch die Integration der z. Z. im Krankenhaus Sebaldsbrück befindlichen inneren und chirurgischen Disziplinen mit insgesamt rd. 250 Betten in den „Klinischen Neubau" des Krankenhauses Bremen-Ost als sogenanntes „Skandinavisches Modell" berücksichtigt worden.

Das Krankenhaus Bremen-Ost wird durch die Integration somatischer Disziplinen und insbesondere durch ein breites Spektrum medizinischer Funktionseinrichtungen im Breitfuß des Gebäudes den Charakter eines Schwerpunktkrankenhauses der Region Ost erhalten. Es wird daher als „Zentralkrankenhaus" auch insbesondere die Unfallversorgung des gesamten Raumes Bremen-Ost übernehmen.

Parallel dazu wird in Bremerhaven dem neu erbauten Krankenhaus Reinkenheide neben einer neurologischen Abteilung auch eine psychiatrische Klinik mit 120 Betten angegliedert. Hier wird als Alternative zum Skandinavischen Modell ein sogenanntes „Britisches" oder „Anglo-Amerikanisches" Modell entstehen.

Sollte in Zukunft Bettenbedarf auf dem Sektor Psychiatrie entstehen, soll dieser durch die Einrichtung weiterer dezentralisierter Kliniken im Verbund mit allgemein-medizinischen Großkrankenhäusern gedeckt werden. Der derzeitige Erkenntnisstand setzt ein Minimum von 120 Betten an, wobei 200 Betten als Maximum angesehen werden. Diesbezügliche Entscheidungen können aber erst gefällt werden, nachdem der Erfolg der nachstehend beschriebenen extramuralen Dienste absehbar ist.

In der Strukturplanung wird festgestellt, daß eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung der Patienten des Landes Bremen nicht nur ein Problem der ausreichenden Bettenvorhaltung, sondern im wesentlichen auch eine Funktion der begleitenden therapeutischen Spezialeinrichtungen ist. Die Schaffung dieser intra- und extramuralen Einrichtungen und Dienste zur Verbesserung der Therapie und Rehabilitation wurde eindeutig als unverzichtbare Forderung zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung des Landes Bremen erhoben. Unter diese Rubrik gehören auch die Therapiehilfen der Freizeittherapie/Sozialzentrum, Beschäftigungstherapie, Arbeitstraining, beschützende Werkstätten.

Die konsiliarische Betreuung der somatischen Kliniken durch die Fachärzte der Psychiatrie des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost wird kontinuierlich ausgebaut werden. Durch die großzügige Unterbringung des Instituts für psycho-analytische Therapie und psychosomatische Medizin im ehemaligen Personalwohnheim des Krankenhauses Sebaldsbrück ist eine erhebliche Verbesserung der Patientenversorgung aller Häuser erreicht worden.

Eine Sondersituation nimmt das Krankenhaus Kloster Blankenburg ein; da der Pachtvertrag für diese Klinik befristet ist, muß, sofern eine Pachtverlängerung über 1980 hinaus nicht möglich wird, eine Ersatzmöglichkeit mit ca. 300 Betten geschaffen werden.

Zusammenfassend ist festzustellen:

Mit Inbetriebnahme des „Klinischen Neubaues" im Krankenhaus Bremen-Ost sowie der Inbetriebnahme des ehemaligen Krankenhauses Sebaldsbrück für die psychosoziale Therapie, voraussichtlich im Herbst 1977, sowie mit der Inbetriebnahme der Neubauten in Bremerhaven-Reinkenheide wird die Bettensituation des Landes Bremen einen hohen Standard erreichen und bezüglich der akutklinischen Versorgung als optimal zu bezeichnen sein.

Die Deputation für Gesundheit und Umweltschutz hat aber eindeutig festgestellt, daß zusätzlich zu der Verbesserung der stationären Versorgung die Palette der intra- und extramuralen Dienste zur Verbesserung von Therapie und Rehabilitation unbedingt realisiert werden muß. Auch diese Forderung steht im Einklang mit dem Zwischenbericht der Enquete-Kommission des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit.

II. Extramurale Versorgung

1 Problemdarstellung

Seit Jahrzehnten bemüht man sich in Deutschland, die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern. Von der Mitte des vorigen Jahrhunderts bis zum 1. Weltkrieg wurden dafür große Anstrengungen unternommen. Fast alle Neubauten von Anstalten, auf die man heute noch im Bundesgebiet angewiesen ist, stammen aus dieser Zeit. Dabei stand das Prinzip der Isolierung im Vordergrund, vor allem in der Anfangszeit. Später wurden daneben vielfältige Systeme entwickelt, um jedem Kranken die mit seinem jeweiligen Zustand zu vereinbarende größte Annäherung an gewohnte Lebensverhältnisse zu gewähren (Kolb 1931).

In Bremen wurde die viel gerühmte „Landpflege" im damals noch dörflichen Osterholz mit Erfolg eingeführt. Nach dem letzten Krieg sind noch einmal Anstrengungen gemacht worden, die Landpflege fortzuführen, die aber durch den Rückgang der

Landwirtschaft in diesem Gebiet zum Scheitern verurteilt waren.

Die vor 1933 mühsam aufgebaute nachgehende psychiatrische Fürsorge wurde im Dritten Reich praktisch aufgelöst. Die in den psychiatrischen Krankenhäusern verbliebenen rehabilitativen Einrichtungen, wie landwirtschaftliche und handwerkliche Betriebe, sind heute durch die zunehmende Verstädterung und Industrialisierung weitgehend überholt. Die im Bundesgebiet vorhandenen psychiatrischen Großkrankenhäuser, in denen der größte Teil der psychisch Kranken stationär betreut wird, sind überlastet und überfüllt, personell unterversorgt und in einem baulich unzureichenden Zustand.

Die Verhältnisse haben sich in den einzelnen Bundesländern nach dem letzten Krieg unterschiedlich entwickelt. Die Mängel der derzeitigen Situation sind deshalb nicht überall gleicher Art bzw. gleich stark ausgeprägt.

Der Deutsche Bundestag hat sich 1971 mit der Situation der Versorgung psychisch Kranker befaßt und am 23. Juni 1971 dem Antrag des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit, eine Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland erstellen zu lassen, zugestimmt. Der Zwischenbericht liegt inzwischen vor, jedoch ist die endgültige Enquete noch nicht vorgelegt worden.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) hat jedoch einen Rahmenplan der Öffentlichkeit vorgelegt und darin Leitlinien für die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker aufgezeigt.

In diesem Rahmenplan ist sehr deutlich darauf aufmerksam gemacht worden, daß pragmatisch vorgegangen werden muß, um eine schrittweise Annäherung an die Leitlinien anzustreben. Bei der Planung muß von den gegebenen Verhältnissen ausgegangen und die Möglichkeiten müssen realistisch beurteilt werden. Unrealistische Programme führen zwangsläufig zu Enttäuschungen.

Es fehlt nach dem Rahmenplan außer an Planstellen und ausgebildetem Personal weitgehend an entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten für die speziellen sozialpsychiatrischen Aufgaben.

Die vorhandenen Einrichtungen u. a. in Bremen, Hannover, Mannheim, Heidelberg und München können den Bedarf im Bundesgebiet nicht annähernd decken. In Bremen ist jedoch mit der nun laufenden zweiten Fortbildungsveranstaltung für eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung ein wesentlicher Schritt in der Versorgung der psychisch Kranken getan, da sowohl in dem Fachkrankenhaus selbst wie aber auch in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter als auch im Übergangsheim für psychisch Kranke solches zusatzausgebildete Personal eingesetzt werden konnte.

In der folgenden Konzeption der extramuralen Dienste für psychisch Gestörte sind die geistig Behinderten ausgeklammert worden.

Kern des vorliegenden Abschnittes ist die Versorgung der psychisch Kranken. Den gleichen Inhalt soll im übrigen auch die zu erarbeitende Enquete haben.

Etwa 10 bis 12 v. H. der Gesamtbevölkerung brauchen eine irgendwie geartete psychiatrische Versorgung. Bei allen einschlägigen Untersuchungen ergab sich, daß etwa 10 v. H. aller psychisch Gestörten eines längeren oder kürzeren Aufenthaltes in einem psychiatrischen Krankenhaus bedürfen. Ca. 50 v. H. benötigen eine wie auch immer geartete ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Die restlichen 40 v. H. könnten, geeignete Ausbildung und Kenntnis der praktischen Ärzte vorausgesetzt, hier die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit erwarten.

Im Vordergrund der Überlegungen der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie steht die Beseitigung der Isolation und Hospitalisation der psychisch Kranken. Die gegenwärtige Situation der Psychiatrie erfordert eine verstärkte sozialpsychiatrische Konzeption. Die Sozialpsychiatrie hat quasi eine Brückenfunktion zwischen dem Krankenhaus und der freien Gesellschaft. Die Brücke wird dargestellt durch eine differenzierte Kette von extramuralen Diensten.

Diese sind:

1. Übergangsheime
2. Beratungsdienste
3. Wohnheime
4. Beschützende Werkstätten

2 Planung

Es sind zahlreiche Gespräche geführt worden sowohl mit Vertretern des Krankenhauses Bremen-Ost wie auch mit dem Fachbereich „Behindertenfürsorge" des Hauptgesundheitsamtes. Aus diesen Gesprächen entwickelte sich ein Plan für die Betreuung psychisch Kranker außerhalb des Fachkrankenhauses. Die erforderlichen Einrichtungen waren nach Art und Zahl zu ermitteln.

In der abschließenden Beratung ist der nachfolgende Plan entwickelt worden. Der Bericht ist nach den vorgenannten Einrichtungen gegliedert und behandelt jeweils den Bestand und Bedarf.

3 Jetzige Situation

3.1 Übergangsheime

3.1.1 Definition

Sie sind Einrichtungen, die psychisch Kranke, die nicht mehr einer klinischen Behandlung bedürfen und vorübergehend noch nicht in ihre frühere soziale Umgebung zurückkehren können, aufnehmen. Prinzip muß die Verselbständigung der Rehabilitanten

sein. Die Organisation und die Betreuung durch sozialpsychiatrisch ausgebildete Sozialarbeiter muß derart sein, daß der psychisch Kranke nicht wieder hospitalisiert wird. Das Ziel ist, diese Menschen einem Arbeitplatz und einem freien Wohnplatz wieder zuzuführen. Im Übergangsheim muß das Prinzip der Selbstversorgung herrschen. Durch diese zu fordernden Voraussetzungen soll auch vermieden werden, daß das Übergangsheim für weitere Aufnahmen blockiert wird und so ein Wohnheim entsteht, welches dem Sinne der Reintegration widerspricht. Damit nicht für die Rehabilitation hinderliche Einweisungen von nicht-rehabilitationsfähigen Behinderten geschehen, vor allem dann, wenn ein freier Träger ein Übergangsheim unterhält, soll der Psychiater der Beratungsstelle im Gesundheitsamt die Auswahl treffen.

3.1.2 Bedarf

2 Heime à 20 Plätze für Bremen

1 Heim mit 10 Plätzen für Bremerhaven

3.1.3 Bestand

Von der Inneren Mission ist mit finanzieller Unterstützung durch die senatorischen Bereiche Soziales und Gesundheit ein Übergangsheim für psychisch Kranke mit 20 Plätzen in der Löningstraße eingerichtet worden. Dem Träger ist bei Zuschußbewilligung die Auflage erteilt worden, nur solche psychisch Kranken aufzunehmen, deren Aufnahme zum Zwecke der Rehabilitation durch die fachärztliche Beratungsstelle des Hauptgesundheitsamtes oder auch durch das Fachkrankenhaus Bremen-Ost für notwendig erachtet worden ist. Außerdem muß die Heimleitung in Händen eines Sozialarbeiters (mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung) liegen, um eine Wiedereingliederung energisch betreiben zu können. Die Rehabilitanten sollen vor allem nach längerem Krankenhausaufenthalt wieder lernen, sich selbst zu versorgen.

Diese Auflagen sind von der Inneren Mission bei der Einrichtung des Übergangsheimes akzeptiert worden und werden erfüllt.

Mit dem Senator für Soziales, Jugend und Sport ist sowohl hinsichtlich der Zuständigkeit wie auch der Trägerschaft eingehend verhandelt worden. Der Senator für Soziales, Jugend und Sport und der Senator für Gesundheit und Umweltschutz sind sich einig darin, daß die Trägerschaft für die Übergangsheime bei freien Trägern liegen sollte. Es wird Aufgabe der senatorischen Dienststellen sein, geeignete Träger anzusprechen und — wie in dem bereits realisierten Fall des Übergangsheimes in der Löningstraße — zusammen mit dem Träger die finanzielle Sicherstellung zu erarbeiten.

Der Magistrat der Stadt Bremenhaven wird sich in gleicher Weise um einen freien Träger bemühen.

Entsprechend dem ermittelten Bedarf ist die Einrichtung eines zweiten Übergangsheimes für Bremen mit 20 Plätzen und eines Übergangsheimes mit 10 Plätzen für Bremerhaven zu planen.

3.2 Beratungsdienste

3.2.1 Definition

Die extramurale Versorgung psychisch Kranker ist stark sozialpsychiatrischer Natur, d. h., neben die Behandlung psychischer Störungen durch den Fachtherapeuten, im Regelfall ein niedergelassener Nervenarzt, tritt die begleitende Betreuung bzw. Stützung des Kranken bei der Beseitigung zwischenmenschlicher Konflikte. Hierzu gehören z. B. insbesondere Kriseninterventionen mit Hausbesuch, Familientherapie, Gruppenarbeit und die Schaffung und Betreuung von Patientenclubs.

Die Erfahrung zeigt, daß derartige Störungen im sozialen Feld oft zu längerfristiger Hospitalisierung führen bzw. Rehabilitationsversuche scheitern lassen, die bei entsprechender Hilfe vermeidbar wären. Voraussetzung für eine derartige Vorbeugung ist eine angemessene sozialpsychiatrische Standardversorgung im Wohnbereich des Patienten. Hier muß neben den niedergelassenen Arzt die Beratungsstelle treten, deren wesentliche Aufgabe mit Hilfe von Hausbesuchen gerade die Mittlerfunktion in Konflikt- und Krisensituationen innerhalb des Sozialfeldes des Patienten ist.

Mittlerfunktionen in doppelter Richtung: Einmal tritt sie zwischen den Patienten und den Krisenpartner, wie z. B. Familienangehörige, Arbeitgeber und andere; zum anderen führt sie den Patienten auf die Institutionen zu, die in diesem Fall über spezielle Hilfe verfügen, wie z. B. Fachkliniken, Wohnheime, Eheberatungsstellen, spezielle Sonderdienste und anderes mehr. Die Beratungsstelle ist vergleichbar mit anderen offenen Sozialdiensten. Die Struktur ihres Klientels aber macht eine Herauslösung aus den allgemeinen Sozialdiensten notwendig und erfordert organisatorisch eine möglichst enge Anlehnung an das Gesundheitswesen und hier an die Psychiatrie, und zwar sowohl fachlich als auch personell. Bei der vielfältigen Inanspruchnahme sozialer und medizinischer Hilfen durch psychisch Kranke ist es notwendig, daß möglichst patientennah eine Klärung dieser bei psychischen Störungen oft konfluierenden Bedürfnisse erfolgt. In diesem Klärungsprozeß kommt der Beratungsstelle eine Leitfunktion zu.

Es ist nötig, daß in zwei Beratungsstellen ein mit beruflicher Rehabilitation psychisch Kranker vertrauter psychiatrisch erfahrener Arzt tätig ist. In den anderen, ärztlich nicht besetzten Beratungsstellen, sollten sozialpsychiatrisch erfahrene Psychologen, Soziologen oder vergleichbare Berufe Leitungsfunktionen einnehmen. Die mindestens zwei weiteren Stellen jeder Beratungsstelle sollten mit Fachkräften besetzt werden, die mit sozialpsychiatrischen Arbeitsmethoden und Techniken vertraut sind. Die Erfahrung in anderen Bundesländern (Berlin und Hamburg) zeigt, daß es sinnvoll ist, institutionell und personell diese Beratungsstellen eng an das Krankenhaus Bremen-Ost zu binden, wobei angestrebt werden sollte, die niedergelassenen Nervenärzte für eine Mitsprache und Mitarbeit zu gewinnen. Diese Anbindung an das Krankenhaus hat den Vorteil, daß in einem gewissen Sinne eine Kontinuität der psychiatrischen Betreuung stattfindet, wie auch eine notwendige Er-

gänzung in der Ausbildung der Ärzte, z. B. für ihre spätere Tätigkeit. Darüber hinaus wird der klinische Psychiater einen Einblick in die soziale Situation der Rehabilitanten gewinnen, die ihm bis dahin verschlossen geblieben ist.

3.2.2 Bedarf

Fünf Beratungsstellen für Bremen (ohne die Beratungsstelle des Hauptgesundheitsamtes, die Sonderfunktionen zu übernehmen hat). Diese Stelle beim Gesundheitsamt sollte als einzige zentral die notwendigen Zwangseinweisungen vorschlagen.

Zwei Beratungsstellen für Bremerhaven.

Die Standorte der Bremer Beratungsstellen wären

eine in Bremen-Nord
eine in Bremen-West
eine in der Neustadt
eine in Bremen-Mitte
eine in Bremen-Ost.

Die personelle Besetzung ist oben schon besprochen worden.

Für die Beratungsstellen in Bremerhaven sind für den Ausbau der vorhandenen Beratungsstelle und für die Neueinrichtung insgesamt ein Psychiater und sechs Sozialarbeiter oder sozialpsychiatrisch ausgebildete andere Kräfte erforderlich.

3.2.3 Bestand

Der Bestand an Beratungsstellen ist zur Zeit folgender:

Bremen:

Beratungsstelle im Hauptgesundheitsamt, besetzt mit einem hauptamtlichen Psychiater und einem Sozialarbeiter

Bremerhaven:

Beratungsstelle im Städtischen Gesundheitsamt, besetzt mit einem hauptamtlichen Psychiater und einem Sozialarbeiter

Neben diesen ärztlichen Beratungsstellen werden sozialpsychiatrische Beratungen im sozialtherapeutischen Dienst des Sozialamtes durchgeführt.

Der sozialtherapeutische Dienst verfügt über 16 Sozialarbeiter.

Ein sozialpsychiatrischer Dienst ist vom Amt für Familienhilfe und Sozialdienst aufgenommen worden und wird personell in absehbarer Zeit voll ausgestattet sein.

3.3 Wohnheime

3.3.1 Definition

Wohnheime sind für eine meist langfristige Unterbringung psychisch Kranker vorgesehen. In den Wohnheimen werden solche psychisch Kranken untergebracht, die einerseits nicht mehr klinisch behandlungsbedürftig sind, denen auf der anderen Seite aber wegen ihrer Erkrankung und der damit verbundenen Verhaltensweise, aber auch wegen ihrer sozialen Situation eine Reintegration versagt ist. Das Wohnheim soll allerdings auch Platz haben für solche chronisch Kranken, die aus einer sozialen Indikation vorübergehend untergebracht werden müssen. Um den Hospitalisierungseffekt solcher Heimunterbringungen weitgehendst zu reduzieren, sollen die Heimbewohner möglichst einer Arbeit, vor allem außerhalb des Heimes, nachgehen. Im Falle des Wohnheimes ist an eine freie Trägerschaft zu denken.

3.3.2 Bedarf

Fünf Heime à 20 Plätze für Bremen

ein Heim mit 20 Plätzen für Bremerhaven

3.3.3 Bestand

Ein Wohnheim besteht in Bremen-Hemelingen mit 20 bis 22 Plätzen. Es wird wirtschaftlich und personell versorgt durch das Krankenhaus Bremen-Ost. Die überwiegende Zahl der Bewohner geht einer Arbeit nach. Die fachärztliche Betreuung steht von der Optik her ganz im Hintergrund, um zu vermeiden, daß dieses Wohnheim Klinik- oder Krankenhauscharakter bekommt, und um auch den Hospitalisierungseffekt möglichst gering zu halten. Die Bremer Heimstiftung wird in nächster Zukunft in Verbund mit einer Altenwohnanlage in Obervieland 50 Plätze für psychisch Kranke einrichten. Die Deputation für Gesundheit und Umweltschutz hat dafür einen Zuschuß von DM 500 000 bewilligt. Die Einrichtung wie auch die spätere Belegung sind in ständigem Kontakt mit den Ärzten des Krankenhauses Bremen-Ost besprochen worden. Ziel der Einrichtung ist, durch die Hereinnahme in eine allgemeine Wohnanlage psychisch Kranke wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Für die fachliche Betreuung und Pflege, die nicht im Vordergrund stehen soll, wird eine mit einer Zusatzausbildung versehene Krankenschwester angestellt werden. Die ärztliche Betreuung wird durch einen Vertragsarzt erfolgen. Auch hier soll vermieden werden, daß dieser Teil der Einrichtung Krankenhauscharakter bekommt.

Darüber hinaus plant der Caritasverband bei der Erweiterung seiner Altenwohnanlage in der Kornstraße die Einrichtung von 20 Plätzen für psychisch Kranke. Schließlich wird ein Teil der in der Klinik Horn befindlichen chronisch Kranken nach der Inbetriebnahme der großen Wohnanlage der Bremer Heimstiftung auf dem bisherigen Krankenhausgelände der Klinik Horn von der Bremer Heimstiftung versorgt werden und möglichst zu Arbeiten, die der Versorgung der Gesamtanlage dienen, eingestellt werden.

Die Arbeiterwohlfahrt erweitert zur Zeit das Sozialzentrum Bremer Westen, u. a. um eine psychiatrische Station mit 15 Betten. Diese Station wird Wohnheimcharakter erhalten und ist daher bei dieser Bestandsaufnahme mit zu berücksichtigen.

Zusammenfassung:

Bremen-Hemelingen	20 bis 22	Plätze
Bremer Heimstiftung	50	Plätze
Caritasverband	20	Plätze
Arbeiterwohlfahrt	15	Plätze
	105 bis 107	Plätze

Die hier im Bestand aufgeführten Wohnheimplätze sind schon in den Altenplan 1974/1981 des Senators für Soziales, Jugend und Sport im Abschnitt „Sonderwohnformen" aufgenommen worden. Dazu muß erklärt werden, daß Wohnheimplätze für psychisch Kranke überwiegend für ältere Menschen notwendig sind, wobei die Grenze hinsichtlich des Lebensalters nicht zu streng gezogen wird; Gespräche mit dem Senator für Soziales, Jugend und Sport und den Heimträgern haben diese Vorstellung bestätigt.

Im übrigen entstanden und entstehen zur Zeit noch zunehmend Einrichtungen zur Aufnahme von chronisch psychisch Kranken (Pflegefälle bzw. geriatrische Fälle) durch private Unternehmer. In der näheren Umgebung Bremens sind zur Zeit 350 solcher Pflegefälle in familienähnlicher Situation untergebracht. Es muß abgewartet werden, wie sich diese Einrichtungen entwickeln.

Der durch die Befragung von Experten ermittelte Bedarf an Wohnheimplätzen (120 Plätze) wird jedenfalls für den Bereich der Stadt Bremen durch die genannten Aktivitäten der freien Träger gedeckt werden können. Für Bremerhaven ist die Einrichtung eines Wohnheimes mit 20 Plätzen notwendig.

3.4 Beschützende Werkstätten

3.4.1 Definition

Da es sich bei den psychisch Kranken um nicht immer konstant vorhandene und in ihrer Art sehr unterschiedliche Behinderungen handelt, zeigt auch die Prognose ihrer Rehabilitation eine erhebliche Variationsbreite. Diese reicht von der Wiederaufnahme des bisher ausgeübten Berufes über eine eventuell weniger differenzierte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt — ggf. nach einer beruflichen Umschulung — bis zu einer Beschäftigung in einer beschützenden Werkstatt. Eine Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte soll allen psychisch Kranken ermöglicht werden, bei denen eine Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zu erwarten ist — soweit das Krankheitsbild überhaupt eine Beschäftigung zuläßt, ferner bei denjenigen Behinderten, die vorübergehend nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden können.

Mit dem Krankenhaus Bremen-Ost ist Umfang und Form einer neuen beschützenden Werkstatt in Bremen-Ost für psychisch Kranken besprochen worden. Die notwendige Unterscheidung zwischen Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Arbeitstraining und Dauerbeschäftigung ist berücksichtigt worden. Notwendig wird eine Trennung von Arbeit und Wohnen sein — jedoch müssen beide Bereiche verkehrsgünstig zueinander liegen.

Es ist untersucht worden, welche Kapazität und Arbeitsangebote eine beschützende Werkstatt für psychisch Kranke haben sollte. Aus psychiatrischer Sicht sollen psychisch Kranke und geistig Behinderte prinzipiell nicht in einer Werkstatt zusammen arbeiten — zumindest müssen Teilbereiche psychisch Kranken vorbehalten sein.

Die folgenden Unterlagen sind errechnet worden anhand der bisherigen Erfahrungen mit Nachtklinikpatienten, vor allem solchen, die schon in einer Sozialwerkstätte (Martinshof) gearbeitet haben oder bisher in der Klinik regelmäßig tätig waren.

Bei den Zahlenangaben bezüglich der gewünschten Arbeitsplätze kann es sich jedoch nur um ungefähre Angaben handeln, insbesondere da diese auch davon abhängig sind, ob die zur Zeit noch im Kloster Blankenburg untergebrachten Patienten zu einem unbestimmten Zeitpunkt in die hiesige Klinik zurückverlegt werden.

Es sind etwa 200 Arbeitsplätze für Kranke des Krankenhauses Bremen-Ost sowie 50 Arbeitsplätze für die von den Gesundheitsämtern betreuten psychisch Kranken wünschenswert. Von den Arbeitsplätzen für die Patienten der Klinik würden wahrscheinlich 130 langfristig bzw. als Dauerbeschäftigung genutzt werden können. Die übrigen 70 Arbeitsplätze sind für solche Patienten gedacht, die nach ¼- bis ½jähriger Tätigkeit in einer Sozialwerkstätte wieder in der Lage wären, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt zu werden. Von diesen 70 Arbeitsplätzen wären etwa 20 sinnvollerweise so zu planen, daß vor allem jugendliche Patienten dort eine berufliche Grundausbildung in einem handwerklichen Beruf beginnen können. In Ergänzung zu den jetzt vorhandenen Möglichkeiten im Martinshof wird für die Patienten vorgeschlagen, einfache kaufmännische Tätigkeiten (spezielles Ausbildungsbüro bzw. werkstatteigenes Büro) als auch hauswirtschaftliche Arbeiten (Werkstatt mit Küchenbetrieb) vorzusehen. Damit würde eine bestimmte Gruppe von Patienten, die jetzt nur schlecht in den Martinshof zu vermitteln ist, aufgefangen werden können.

Es werden etwa 45 v. H. der in Frage kommenden Kranken in der Lohnfertigung, 40 v. H. in handwerklichen einschließlich hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und etwa 15 v. H. bei einer kaufmännischen Arbeit eingesetzt werden können.

3.4.2 Bedarf

250 Plätze

3.4.3 Bestand

Martinshof mit 461 Plätzen einschließlich Bremen-Nord

Jugendgemeinschaftswerk „Buchenwinkel" in Bremen-Nord mit 36 Plätzen

Albert-Schweitzer-Haus in Bremerhaven mit 93 Plätzen

In den beschützenden Werkstätten, die für die Förderung von geistig Behinderten konzipiert wurden,

stehen auch einige Plätze für psychisch Kranke zur Verfügung. Das sind solche Kranke, die sich in der Nachtklinik befinden. Es ist daran gedacht, daß auch die psychisch Behinderten, die im Wohnheim leben, in der beschützenden Werkstatt einen Arbeitsplatz finden sollen, sofern sie nicht doch noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können. Die bestehenden beschützenden Werkstätten sind ganz allgemein auf die Dauer nicht in der Lage, zunehmend psychisch Kranke zu beschäftigen. Es ist deshalb mit dem Senator für Soziales, Jugend und Sport vereinbart worden, entsprechend den genannten Vorstellungen Werkstattplätze für psychisch Kranke in den 10-Jahres-Plan dieses Planungsbereiches aufzunehmen.

4 Zukünftige Versorgung

Wie im Bereich der stationären Versorgung versucht der Senat in Bremen auch im Bereich der extramuralen Dienste einen Schritt in die Zukunft zu machen. Auch hier ist die Orientierung sehr schwierig, weil permanent neue Gesichtspunkte, z. B. soziologischer Art, in die Diskussion eingeführt werden, wobei nur wenige Erfahrungen zu den einzelnen Problemkreisen vorliegen.

Der Senat hat sich deswegen auf das Machbare beschränkt, von dem er meint, daß es auch in Zukunft Bestand haben wird, und wobei andererseits der Weg für zukünftige Entwicklungen offenbleibt.

Je nach Gegebenheit und Möglichkeiten wird schon jeder einzelne Schritt auf dem Wege zur Beseitigung der Mängel eine Verbesserung der Situation bringen und nicht erst der Vollzug eines umfassenden Planes, welcher zukünftigen Entwicklungen und Erkenntnissen nicht mehr angepaßt werden kann.

Die Bemühungen, Schritte in die Zukunft zu tun, wie sie im stationären Bereich mit dem Begriff „Integration" gekennzeichnet werden und im extramuralen Bereich vorstehend dargestellt worden sind, sind als eine Gesamtkonzeption zu sehen, bei der der Erfolg des einen vom Erfolg des anderen wesentlich mitbestimmt wird.

III. Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung ist nach der Reichsversicherungsordnung über die Kassenärztliche Vereinigung durch die niedergelassenen Ärzte sicherzustellen. Das ist im Bereich der psychiatrischen Versorgung mit besonderen Problemen verbunden. In Ballungsräumen wie Bremen, wo sich auch insbesondere zahlreiche niedergelassene Nervenfachärzte befinden, können wesentliche Teile der Ambulanz, wie insbesondere die medikamentöse Betreuung, gesichert werden. Dies setzt aber voraus, daß die Patienten von sich aus diese ärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen.

Soll aber die Ambulanz in ein intensives Rehabilitations- sowie Vor- und Nachsorgesystem einbezogen werden, bedingt dieses eine sehr enge und organisierte Kooperation zwischen dem Fachkrankenhaus, den Beratungsdiensten und den Ärzten.

Die niedergelassenen Nervenärzte haben leider gegenüber den extramuralen Diensten, insbesondere den Beratungsstellen, gewisse Vorbehalte. Sie befürchten, daß ihre bisher alleinigen Kompetenzen angetastet werden könnten. Diese Sorge ist unbegründet. Es ist beabsichtigt, niedergelassene Nervenärzte in das Rehabilitationsprogramm einzubeziehen und die scharfe Trennung zwischen psychiatrischen Institutionen und Beratungsstellen auf der einen Seite und der Praxis der Nervenärzte auf der anderen Seite mit der Zeit zu überbrücken, so daß zwischen allen beteiligten Stellen eine stärkere Verbindung zustande kommt. Im übrigen ist nach den Empfehlungen des Wissenschaftsrates eine bessere ärztliche Ausbildung in der Psychiatrie geboten, damit auch der praktische Arzt hinreichende Kenntnis von der Psychiatrie vermittelt bekommt und Früherkennung und Frühbehandlung auch durch den praktischen Arzt möglich werden.

Nach den Feststellungen des Berufsverbandes der niedergelassenen Nervenärzte werden im Durchschnitt pro Jahr etwa 1 500 psychisch Kranke einschließlich der Patienten mit Psychoneurosen in einer Praxis untersucht und behandelt. In Bremen und Bremerhaven sind 20 niedergelassene Nervenärzte tätig. Die Bedeutung der ambulanten Behandlung psychisch kranker Menschen, insbesondere derer mit endogenen Psychosen, wird von Jahr zu Jahr größer, weil die Entwicklung der neuen Psychopharmaka weiterschreitet und die Notwendigkeit, psychisch kranke Patienten stationär einzuweisen, rückläufig ist. Für die niedergelassenen Nervenärzte stellt sich das Problem der Hausbesuche und der kontinuierlichen Betreuung. Hausbesuche werden von den niedergelassenen Nervenärzten in Bremen und Bremerhaven in der Regel nicht durchgeführt.

Durch die Einrichtung von Wohnheimen und Übergangsheimen wird es für den niedergelassenen Nervenarzt möglich sein, die oft aus zeitlichen Gründen und wegen der großen Zahl der zu versorgenden Patienten vorgenommene Krankenhauseinweisung zu vermeiden und psychisch Kranke — manchmal auch aus Gründen der häuslichen Situation und ohne medizinische Indikation — in ein solches Heim (eventuell nur für eine Übergangszeit) einzuweisen. Mit dem Obmann der niedergelassenen Nervenärzte ist die Einrichtung von Beratungsstellen besprochen worden. Auch von ihm werden diese Institutionen grundsätzlich für notwendig erachtet. Auch die niedergelassenen Nervenärzte sind über die Beratungsstellen informiert worden. Klargestellt wurde, daß es Aufgabe der Beratungsstellen sein soll, die Lebenssituation und den Zustand der psychisch Kranken in ihrer Häuslichkeit auch durch fachlich ausgebildete Sozialarbeiter zu überprüfen, um in Fällen einer Dringlichkeit den psychisch Kranken seinem ihn betreuenden Nervenarzt zur Beratung und Behandlung zuzuführen und damit eine nicht notwendige Klinikeinweisung zu verhüten.

Der Senat hofft, daß auf der Basis dieser Absichten sich die notwendige enge Kooperation zwischen extramuralen Diensten, insbesondere den Beratungsdiensten und den niedergelassenen Ärzten, entwikkelt, so daß über diese Brücke der Weg zu einer optimalen Versorgung führt.

IV. Versorgung der geistig Behinderten

1 Problemdarstellung

Die geistig Behinderten stellen eine relativ homogene und deshalb überschaubare Gruppe innerhalb der Gesamtheit der Behinderten dar, deren Probleme wesentlich enger gefaßt dargestellt werden können. Zudem ist ihre Problematik nicht nur medizinisch charakterisiert, sondern auch stark heilpädagogisch mitbestimmt.

Es handelt sich überwiegend um angeborene oder früh erworbene Behinderungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit, so daß für den geistig Behinderten ein spezifischer beschützter Lebensweg vorzusehen ist. Dabei kann davon ausgegangen werden, daß die Mehrzahl dieser geistig Behinderten, insbesondere Kinder, im Elternhaus lebt und ambulant bzw. teilstationär gefördert werden kann, während bei relativ wenigen wegen Art und Schwere der Behinderung oder aus sozialen Gründen eine Heimunterbringung erforderlich ist. Erst wenn aufgrund des Alters der Eltern ein Verbleiben in der Familie nicht mehr möglich ist, erfolgt im Regelfall eine Wohnheimaufnahme.

Den Bedürfnissen geistig Behinderter ist in der Bundesrepublik und ganz besonders in Bremen in den letzten Jahrzehnten besondere Aufmerksamkeit gewidmet worden. Die Hilfen für diesen Personenkreis sind daher befriedigend entwickelt; auch Früherkennung und Früherfassung geben keine besonderen Probleme mehr auf.

2 Jetzige Situation

In Bremen sind rund 1 000 geistig Behinderte bekannt. Die Dunkelziffer dürfte nicht nennenswert sein.

Die Früherfassung und Beratung erfolgt durch die Gesundheitsämter. Ein heilpädagogisches Wohnheim als Zentrum für medizinische Diagnostik und Therapie wird im Krankenhaus Bremen-Ost errichtet werden.

Im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ist im Jahre 1973 von allen Bundesländern eine Bestandsaufnahme aller Einrichtungen, in denen psychisch Kranke und geistig Behinderte betreut oder behandelt werden, aufgestellt worden. Diese Zusammenfassung ist nach wie vor aktuell. Sie ermittelt einen guten Überblick über die im Lande Bremen vorhandenen extramuralen Einrichtungen.

A. Sonderkindergärten

Neun Sonderkindergärten und gleichgestellte Einrichtungen für geistig und seelisch behinderte Kinder (davon einer in Bremerhaven) einschließlich der Kindergärten, die Kinder mit einer Doppelbehinderung aufnehmen, stehen im Lande Bremen. Zur Zeit werden dort 90 geistig und seelisch behinderte Kinder sowie verhaltensgestörte und neurotische Kinder betreut.

B. Sonderschulen

Im Lande Bremen bestehen zwei Sonderschulen für geistig behinderte Schüler (je eine in Bremen und Bremerhaven) und eine Schule für seelisch behinderte (verhaltensgestörte) Schüler. Kinder mit der letztgenannten Behinderung werden auch in zwei Gruppen der kinderpsychiatrischen Abteilung im Krankenhaus Bremen-Ost betreut. Außerdem werden geistig behinderte Gehörlose und geistig behinderte Körperbehinderte in Kleinstgruppen der Schule an der Marcusallee (Sonderschule für gehörgeschädigte Kinder) und der Schule an der Louis-Seegelken-Straße (Sonderschule für körperbehinderte Kinder) unterrichtet. In den genannten Schulen wurden am 10. September 1974 insgesamt ca. 480 Schüler und Schülerinnen mit geistigen oder seelischen Behinderungen betreut.

C. Beschützende Werkstätten

In drei beschützenden Werkstätten sind 590 Plätze vorhanden, davon eine Werkstatt mit 93 Plätzen in Bremerhaven.

Am Stichtag (30. Mai 1973) wurden betreut:

Geistig Behinderte	473
Seelisch Behinderte	52
Anfallkranke	29
Körperlich Behinderte	67
Sinnesbehinderte	18
übrige Behinderte	5
	644

(Eingruppierung jeweils nach der überwiegenden Behinderung.)

Die Zahl der am Stichtag betreuten Personen geht etwas über die Zahl der vorhandenen Ausbildungs- und Arbeitsplätze hinaus, da jede Möglichkeit der Unterbringung genutzt wird.

Altersgruppen

	männlich	weiblich	zusammen
unter 15 Jahren	1	—	1
15 bis unter 25	187	162	349
25 bis unter 35	94	86	180
35 bis unter 45	48	31	79
45 bis unter 55	16	6	22
55 bis unter 65	8	—	8
65 und darüber	5	—	5
	359	285	644

Arbeitsangebot

	(Zahl der Plätze)
Dienstleistungen (z. B. Gartenarbeit, Küchenarbeit)	57
Eigenproduktion (z. B. Holzfabrikate, Kartonagen, Metallverarbeitung)	208
Lohnaufträge (z. B. Montage, Halb- und Endfertigung, Sortieren)	379
	644

Ausbildungsangebot

	männlich	weiblich	gesamt
Anlernen für die eigene Werkstatt	34	17	51
Anlernen für den freien Arbeitsmarkt	—	—	—
Ausbildung für einen bestimmten Beruf	—	—	—

In den letzten fünf Jahren wurden aus folgenden Gründen Behinderte entlassen:

Auf den freien Arbeitsmarkt entlassen	138
Nichteignung für eine Beschäftigungswerkstatt	12
In stationäre Betreuung überwiesen	38

3 Bedarf

Der geistig Behinderte soll vom vollendeten dritten Lebensjahr an vorschulisch gefördert werden. Es stehen in Kürze mindestens 115 Plätze zur Verfügung, während längerfristig maximal 120 Plätze erforderlich wären. Es kommt daher nur in Ausnahmefällen zu einer Verzögerung des Aufnahmezeitpunktes.

Nach Abschluß der vorschulischen Förderung besucht das geistig behinderte Kind die Sonderschule für geistig Behinderte. Hier reicht das Platzangebot aus. Nach Abschluß der Sonderschule benötigt der geistig Behinderte in der Regel einen Arbeitsplatz in einer Werkstatt für Behinderte. Durch die Errichtung des Martinshofes Bremen-Nord ist das Platzangebot z. Z. ausreichend, durch den weiteren Ausbau der Martinshöfe wird es dem steigenden Bedarf angepaßt werden.

Die Werkstatt für Behinderte ist für den geistig Behinderten nicht nur Arbeitsplatz, sondern auch Ansatzpunkt differenzierter Freizeitaktivitäten, die sowohl die Bedürfnisse der Behinderten berücksichtigen als auch der Entlastung der Familie dienen.

Progressiv entwickelt sich der Bedarf an Wohnheimplätzen, weil in zunehmendem Umfange Behinderte aus ihren Elternhäusern herauswachsen. Die Schaffung weiterer Wohnheimplätze wird daher als vordringliche Aufgabe der Hilfe für diesen Personenkreis angesehen. Eine wesentliche Erweiterung des Platzangebotes ist in absehbarer Zeit notwendig.

Der Bedarf an Heimplätzen für Kinder, die aus sozialen Gründen nicht im Elternhaus aufwachsen können, ist relativ gering. Die Beschaffung dieser Plätze in heil- und sonderpädagogischen Heimen bereitet keine unüberwindlichen Schwierigkeiten.

Hinzu kommt der Bedarf an Plätzen für Kinder, die wegen Art und Schwere der Behinderung — vielfach handelt es sich um Mehrfachbehinderungen — nicht im Elternhaus bleiben oder ambulant und teilstationär nicht gefördert werden können. Die hier erforderliche Vollheimunterbringung ist zwar nicht immer sofort möglich, innerhalb weniger Monate aber zu realisieren.

Durch die Einrichtung der Tagespflegestätte im „Haus Buchenwinkel" konnte auch ein Angebot an teilstationärer Hilfe für die Behinderten geschaffen werden, die im Elternhaus leben, aber in den Einrichtungen zur vorschulischen und schulischen Förderung wie in den Werkstätten für Behinderte nicht betreut werden können.

4 Zusammenfassung

Es kann festgestellt werden, daß das Angebot an ambulanten Hilfen für geistig Behinderte in Bremen durchaus befriedigend ist. Die Weiterentwicklung zur Ausfüllung geringer Defizite und zur Anpassung des Angebots an den quantitativ steigenden Bedarf ist erforderlich und wird vom Senat kontinuierlich betrieben.

V. Sonderbereiche

1 Unterbringung psychisch kranker und psychisch abnormer Rechtsbrecher und straffällig gewordener Suchtkranker

In der forensischen Abteilung des Krankenhauses Bremen-Ost sind z. Z. 30 Patienten aufgrund strafrichterlicher Entscheidung untergebracht, davon 25 Patienten als psychisch kranke oder psychisch abnorme Straftäter oder straffällig gewordene Suchtkranke (§§ 63, 64 StGB) sowie 5 Patienten als entsprechend Verdächtige (einstweilige Unterbringung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit) oder zur Beobachtung zwecks Vorbereitung eines Gutachtens über ihren psychischen Zustand. Die Patienten sind in einem geschlossenen Haus untergebracht. Ein offenes Behandlungssystem ließe sich mit den Überwachungs- und Sicherungsaufgaben, die dem Krankenhaus hinsichtlich des untergebrachten Personenkreises obliegen, nicht verbinden. Gleichwohl werden diese Patienten unter Überwachung auch außerhalb des geschlossenen Hauses beschäftigt, insbesondere wenn und soweit die Bemühungen um die Wiedereingliederung der Patienten dies erforderlich machen.

Dem Senat sind Auffassungen bekannt, den o. a. Personenkreis möglichst außerhalb von psychiatrischen Krankenhäusern in Spezialeinrichtungen unterzubringen, weil u. a. die Unterbringung innerhalb des Krankenhauskomplexes für das Ansehen psychisch Kranker in der Gesellschaft und für die spezifischen Aufgaben eines psychiatrischen Krankenhauses unzumutbar sei. Der Senat steht dieser Auffassung nicht ohne Vorbehalte gegenüber. Auch die hier in Betracht kommenden Menschen sind zum größten Teil psychisch Kranke, sind Patienten. Die Erfahrung im Krankenhaus Bremen-Ost unter Berücksichtigung der Sicherheit einerseits und der zur Wiedereingliederung erforderlichen Liberalität andererseits sind gut. Fast alle der dort untergebrachten psychisch kranken Straftäter konnten rehabilitiert in die Gesellschaft entlassen werden. In baulicher und personeller Hinsicht hat die Bürgerschaft durch Gewährung ausreichender Mittel für gute Arbeitsvoraussetzungen gesorgt. Der Senat sieht daher vorerst keinen Anlaß, von sich aus zwecks Schaffung einer überregionalen Spezialeinrichtung initiativ zu werden. Dem Senat sind derzeit insoweit auch keine Pläne anderer Länder im norddeutschen Raum bekannt.

Die Unterbringung von Straftätern mit Persönlichkeits- und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen in einer sozialtherapeutischen Anstalt (§ 65 StGB) ist gesetzlich ab 1. Januar 1978 vorgesehen. Der Senat hält es hier für erforderlich, eine solche Einrichtung auf übergeordneter Versorgungsebene zu schaffen und führt insoweit vorbereitende Gespräche mit den in Betracht kommenden norddeutschen Bundesländern.

Auch eine sozialtherapeutische Einrichtung für jugendliche Suchtkranke (§ 93 a JGG) kann optimal nicht für Bremen allein eingerichtet und unterhalten werden. Hier verhandelt der Senat z. Z. mit den Ländern Niedersachsen, Berlin und Schleswig-Holstein über eine gemeinsame Einrichtung für diesen Zweck.

2 Novellierung des Unterbringungsgesetzes

Der federführende Senator für Gesundheit und Umweltschutz arbeitet z. Z. an der Novellierung des Gesetzes über die Unterbringung von Geisteskranken, Geistesschwachen und Süchtigen vom 16. Oktober 1962 (Brem.GBl. S. 203). Dieses Gesetzes regelt unter den Gesichtspunkten des Polizei- und Ordnungsrechts die Verwahrung von psychisch Kranken, dient also primär dem Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung. Es berücksichtigt jedoch nicht die besondere Situation der psychisch Kranken. Diese haben es gegenüber körperlich Kranken erheblich schwerer, von der Gesellschaft anerkannt zu werden, und bedürfen daher in stärkerem Maße der persönlichen Hilfe und ärztlichen Behandlung. Die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung können psychisch Kranke infolge ihrer Krankheit aber oft nicht erkennen. Daraus ergibt sich eine Verantwortung der Gesellschaft, sich der psychisch Kranken mit schützenden und eingliedernden Maßnahmen anzunehmen. Die Novellierung des bremischen Unterbringungsgesetzes soll sowohl diesem Gedanken als auch der Entwicklung der Psychiatrie Rechnung tragen, die durch erheblich verbesserte therapeutische Möglichkeiten zu einer Abkürzung der stationären Behandlungszeiten und in vielen Fällen zu einer sozialen und beruflichen Wiedereingliederung führt. Es sind umfassende Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke vorgesehen, durch die die Betroffenen frühzeitig ambulante oder stationäre Behandlung auf freiwilliger Basis erhalten. Auch nach deren Abschluß sollen sie nicht ohne Hilfe gelassen werden. Hierdurch sollen sie vor einer (Zwangs-)Unterbringung möglicht bewahrt werden. Ist aber eine Unterbringung erforderlich, dann muß auch sie der fürsorglichen Zielsetzung der Novellierung entsprechend ausgestaltet werden.

3 Psychiatrische Prophylaxe

Die psychiatrische Prophylaxe wirkt über den Kreis der psychisch Kranken weit hinaus, sie betrifft insbesondere alle psychisch unmittelbar Gefährdeten, aber auch die möglicherweise Gefährdeten und somit einen sehr großen Kreis der gesamten Bevölkerung. Das Ziel der Prophylaxe ist die Ausschaltung von Faktoren, welche die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigen können, ferner die Resistenzsteigerung der Bevölkerung gegenüber möglicherweise psychisch schädigenden Einflüssen. Die Durchführung dieser Prophylaxe ist nicht nur eine medizinische, sondern auch eine soziale, kulturelle, wirtschaftliche, also auch politische Aufgabe. Im vorliegenden Bericht sollen insbesondere medizinische Gesichtspunkte Berücksichtigung finden.

Ständig steigende Anforderungen am Arbeitsplatz und die zunehmende Ansiedlung in Ballungsräumen bedingen eine Zunahme seelischer Belastungen und damit auch psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Daher sollte der Arbeitsplatz nicht nur nach wirtschaftlichen, sondern auch nach arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten gestaltet werden, wobei nicht nur die Grenzen der körperlichen, sondern auch der seelischen Belastbarkeit des Werktätigen berücksichtigt werden müßten. Zwischen Arbeit und Freizeit ist ein ausgewogenes Gleichmaß herzustellen, informierende Öffentlichkeitsarbeit und ausreichende, sinnvolle Freizeitangebote sollen einer unausgefüllten Freizeit, die u. a. allzu leicht zu Alkoholkonsum führt, vorbeugen. Bei der Gestaltung der Siedlungsräume und Planung der Wohnungseinheiten sollten mehr noch als bisher psychohygienische Gesichtspunkte Berücksichtigung finden.

Dennoch werden sich auch bei Verwirklichung dieser Maßnahmen Konflikte seelischer Ursache zukünftig nicht vermeiden lassen. Sie können vielfach gemildert und abgebaut werden, wenn den Ratsuchenden Hilfen in qualifizierten Beratungsstellen angeboten werden.

Geistig-seelische Erkrankungen und Behinderungen organischer Ursache sind andererseits teils Folgen von Hirn- oder anderen Organerkrankungen, auch Folgen toxischer Schäden, wie z. B. durch übermäßigen Alkohol- und Drogenkonsum, teils Folgen funktioneller Störungen, wie z. B. angeborener Stoffwechselanomalien — in Bremen werden konsequent

alle Neugeborenen daraufhin untersucht — teils aber auch Folgen eines Zusammentreffens belastender Erbfaktoren. Letzteres trifft auch zu für die Gruppe der endogenen Psychosen, die innerhalb der Psychiatrie eine zentrale Stelle einnehmen. Im Rahmen der ärztlichen Eheberatung sollte daher die genetische Beratung besonders berücksichtigt werden. Gegenwärtig werden Verhandlungen geführt, um in Bremen die personellen und materiellen Voraussetzungen für die Einrichtung einer humangenetischen Beratungsstelle zu schaffen.

Selbst dann, wenn bereits eine psychische Erkrankung ausgebrochen ist, sind vorbeugende Maßnahmen im Verlauf dieser Erkrankung durchaus möglich. Das Ziel ist dann vor allem eine Vorbeugung vor Rückfällen in erneute akute Krankheitszustände. Die Therapie mit Psychopharmaka gibt insbesondere bei den endogenen Psychosen die Möglichkeit, eine klinisch oder auch ambulant erreichte Besserung ausreichend stabil zu erhalten. Voraussetzung ist neben der laufenden ärztlich kontrollierten medikamentösen Therapie vielfach eine ausreichende bis intensive begleitende Sozialtherapie, die durch entsprechende extramurale Dienste gewährleistet werden kann.

Die Aufgaben der psychiatrischen Prophylaxe überschneiden sich vielfach mit therapeutischen und rehabilitiven Maßnahmen, insbesondere dann, wenn es sich nicht nur um die Verhütung von Ersterkrankungen (Primärprävention), sondern auch um ein Vorbeugen vor Rückfällen (Sekundärprävention) und um die Vermeidung oder Milderung chronischer Krankheitszustände (Tertiärprävention) handelt.

Der Erfolg der Prophylaxe ist einerseits von zunehmend besseren Kenntnissen über Entstehung und Ursachen psychischer Erkrankungen, andererseits von der Effizienz stationärer, extramuraler und ambulanter Einrichtungen abhängig, vor allem im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention. Eine Erfolgsbewertung insbesondere der Primärprävention ist erst nach einem größeren Zeitraum möglich, wobei auf diesem bisher noch wenig erforschten Gebiet neue Erfahrungen gewonnen und neue Methoden erarbeitet werden müssen.

4 Sonderschulen und Behindertenpädagogik

Über den Bereich der Sonderschulen und Behindertenpädagogik hat der Senat in dem Bericht über die Lage des Sonderschulwesens der Bremischen Bürgerschaft am 18. Dezember 1974 unter der Drucksache 8/844 berichtet.

Anlage

Auszug aus dem Entwurf „Krankenhausbedarfsplan der Freien Hansestadt Bremen“,

Stand: Mai 1977, S. 48 bis 50

Bettenbedarf in den Bereichen Akutpsychiatrie und Neurologie

Eine Prognose des Bettenbedarfs auf der Basis der Entwicklung der Determinanten muß in den Disziplinen Akutpsychiatrie und Neurologie als problematisch angesehen werden.

Durch die relativ großen Schwankungen der Verweildauer der Patienten, aber auch durch Abgrenzungsprobleme gegenüber den Pflegefällen treten, wie die Daten vergangener Jahre bestätigen, Unwägbarkeiten auf, die eine Aussage über die Trendentwicklung der Bedarfs-Determinanten nicht zulassen, deshalb wird der Bettenschlüssel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde gelegt. Dieser Schlüssel gibt für die Psychiatrie einschließlich Pflegefälle einen Wert von 3,0 Betten je 1 000 Einwohner global vor. Nicht in den Schlüssel einbezogen ist die Neurologie.

Diese Zahl ist jedoch nicht mit dem Bettenstand vergleichbar, der für das Land Bremen als bedarfsnotwendig im Sinne des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes und des Krankenhausbedarfsplanes anzusehen ist, da hierbei nur die akutpsychiatrischen Planbetten zu berücksichtigen sind. Für diesen Behandlungsbereich wurde ein Bettenschlüssel von 1,6 ‰ ermittelt. Bei einem prognostizierten auswärtigen Anteil psychiatrischer Patienten im Lande Bremen von 20 % beträgt der als bedarfsgerecht anzusehende Bettenschlüssel

1,92 ‰.

Die Anwendung höherer Bettenschlüssel, wie z. B. der von Heinle-Wischer im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit ermittelte Schlüssel von 1,87 ‰ — mit Auswärtigen 2,24 ‰ —, würde auf Grund der Erfahrungen der letzten Jahre zu einem Bettenüberangebot führen.

Der genannte Wert der WRO von 1,92 ‰ einschließlich Versorgung der Umlandregion führt bei einer Einwohnerzahl des Landes Bremen im Jahre 1980 von 681 000 zu einem bedarfsnotwendigen Bettenbestand von

1 308 Betten,

für 1985 bei einer prognostizierten Bevölkerungszahl von 660 000 Einwohnern zu einem Bedarf von

1 267 Betten.

Am 31. Dezember 1976 betrug der geförderte Bettenbestand insgesamt

1 247 Betten,

bestehend aus:

Krankenhaus Bremen-Ost	=	983 Betten
Stiftung Krankenanstalt der Stadt Bremerhaven	=	120 Betten
Klinik Dr. Heines	=	144 Betten
	Gesamt:	1 247 Betten

Nach Inbetriebnahme des Krankehaus-Neubaues in Bremen-Ost und einer möglichen Sanierung von bis zu 220 Betten in Altbauten läßt sich eine Erhöhung des Bettenbestandes auf bis zu

1 337 Betten

erreichen.

Um sowohl Betten-Engpässe als auch -Überhänge zu vermeiden, ist es notwendig, wie im somatischen Bereich, die Entwicklung des Bedarfs, vor allem unter Berücksichtigung des Bettennutzungsgrades, laufend zu beobachten. Dies insbesondere, um die Auswirkungen der beiden Krankenhausneubauten Bremen-Ost und der Stiftung Krankenanstalten der Stadt Bremerhaven.

Gleichzeitig werden in diesem Zeitablauf die Auswirkungen der modernen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, wie u. a. die Intensivierung der extra-muralen Versorgung ständig überprüft.

Über den Gesamtumfang der beabsichtigten stufenweise durchzuführenden Sanierung der Altbauten des Krankenhauses Bremen-Ost kann erst nach Vorliegen weiterer Erkenntnisse entschieden werden.

Das Bettenangebot an neurologischen Betten im Lande Bremen beträgt zur Zeit 181 Betten. Diese Betten sind in folgenden Krankenhäusern aufgestellt:

Krankenhaus Bremen-Ost	121 Betten
Stiftung Krankenanstalten der Stadt Bremerhaven	60 Betten

Nach Inbetriebnahme des „Klinischen Neubaus" im Krankenhaus Bremen-Ost erhöht sich das Bettenangebot des Landes Bremen auf 210 Betten insgesamt.

Da für den Bedarf an neurologischen Betten keine Anhaltszahlen vorliegen, wird die Prognose anhand der Bettennutzung und des vorhandenen Bettenbestandes gemacht.

Bei vorsichtiger Betrachtungsweise kann durch die Erhöhung des Bettenangebotes im Land Bremen seit 1975 um insgesamt 89 Betten davon ausgegangen werden, daß ein zusätzlicher Bettenbedarf in absehbarer Zeit nicht notwendig sein wird. Darüber hinaus ist aber aus den vorgenannten Gründen gerade in dieser Disziplin eine intensive Beobachtung der Auslastungszahlen dringend erforderlich, um dann entsprechende Veränderungen vornehmen zu können.

Freie und Hansestadt Hamburg — Gesundheitsbehörde —

6. Oktober 1975

Zwischenbericht

In Verfolgung des Zuleitungsteiles aus der Drucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973 und des erbetenen Beitrages gemäß dem Bezugsschreiben vom 21. Juli 1975 möchten wir bezüglich der Vorhaben auf Länderebene (Punkte 22 ff.) folgendes berichten: In Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Zwischenberichtes der Sachverständigenkommission bejaht die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg das Prinzip der gemeindenahen Psychiatrie mit Verbesserung und Ausbau nichtstationärer Versorgungseinrichtungen. Der Verwirklichung dieser Konzeption werden durch den derzeitigen finanziellen Engpaß der öffentlichen Hand erhebliche Grenzen gesetzt.

Zur Verwirklichung einer gemeindenahen Versorgungskette sind inzwischen Verhandlungen zwischen der kassenärztlichen Vereinigung und den psychiatrischen Beratungsstellen an den Gesundheitsämtern mit dem Ziel aufgenommen worden, diesen auch therapeutische Befugnisse zu übertragen. Hierbei soll vor allem der Kreis von Erkrankten in eine bessere psychische Versorgung einbezogen werden, der den niedergelassenen Arzt nicht aufsucht.

An einigen Gesundheitsämtern ist der Ausbau flankierender Maßnahmen durch die Einrichtung von Patientenclubs eingeleitet worden. Eine ähnliche Institution, deren Gemeinnützigkeit inzwischen anerkannt wurde, hat sich am Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll konstituiert, wo die Möglichkeiten zur besseren Begegnung des Kranken mit seinen Angehörigen, Freunden oder Bekannten verbessert werden konnten.

Im Zusammenhang mit einer Verbesserung der qualitativen Personalausstattung in der Psychiatrie werden seit einiger Zeit am Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll Weiterbildungsprogramme für Ärzte und Pflegepersonal durchgeführt. Dabei sind insbesondere Kurse für die Weiterbildung des Pflegepersonals zum Fachkrankenpfleger bzw. Fachkrankenschwester für Psychiatrie angelaufen, die reges Interesse gefunden haben. Die Anerkennung einer entsprechenden Berufsbezeichnung wird angestrebt.

Für die nahe Zukunft wird in Zusammenarbeit mit anderen Behörden zu prüfen sein, in welchem Ausmaß Weiter- und Fortbildungsprogramme für Angehörige nicht-ärztlicher Heilberufe und sozialer Berufe auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychohygiene geschaffen werden können.

Dr. Demuth

15. September 1977

Psychiatrie-Enquete

Mit der Erstellung des Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ist erstmalig eine umfassende Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung erarbeitet worden, die in weiten Bereichen Unzulänglichkeiten, Mängel und inhumane Unterbringungsbedingungen für psychisch Kranke aufgedeckt, aber auch Empfehlungen für ihre Beseitigung gegeben hat. Der oftmals zu sehr vernachlässigte Versorgungsbereich Psychiatrie hat seit der Veröffentlichung der Enquete bei Politikern, Verbänden, Krankenhausträgern und der breiten Öffentlichkeit zunehmendes Interesse gefunden, so daß auch mit einem weiter wachsenden Problembewußtsein bei Verantwortlichen gerechnet werden darf.

Die Aufdeckung von gravierenden Mängeln und Schwächen der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung, die schon nach der Veröffentlichung des Zwischenberichtes der Sachverständigen-Kommission deutlich wurden, hat in vielen Bundesländern zu vielfältigen Aktivitäten und zur Erstellung von Sofortprogrammen geführt. Durch die Erarbeitung von mittel- und langfristigen Reformprogrammen ist eine grundlegende Reform veralteter Versorgungsstrukturen vorbereitet worden, deren Verwirklichung erhebliche finanzielle Aufwendungen notwendig machen wird. Unerläßliche Voraussetzungen zur Beseitigung von Mängeln ist aber eine eingehende Situationsanalyse, wie sie im Bericht der Sachverständigen-Kommission in optimaler Weise zum Ausdruck kommt.

Die Empfehlungen der Enquete-Kommission zur Reform der psychiatrischen Versorgung umreißen ein Maximalprogramm, das in seinen Einzelheiten nicht für alle Bundesländer im gleichen Ausmaß zutrifft. Insoweit wird die Enquete von Hamburg nicht als eine starre, allgemein verbindliche Empfehlungsrichtlinie angesehen, zumal die grundsätzlich an-

dersgearteten Umweltgegebenheiten eines Stadtstaates gegenüber den Flächenstaaten unterschiedliche Prioritäten setzen muß. So werden z. B. wegen der höheren Dichte niedergelassener Ärzte für einen Ausbau eines gemeindenahen, ambulanten Versorgungssystems bessere Ausgangsbedingungen herrschen als anderswo. Aus diesen Gründen ist die Institutionalisierung eines ambulanten Dienstes am psychiatrischen Krankenhaus nicht vordringlich, zumal auch eine Reihe staatlicher Beratungsstellen an den Gesundheitsämtern den ambulanten Versorgungsbereich ergänzt. Leistungsfähige Verkehrsbedingungen begünstigen die Erreichbarkeit der psychiatrischen Klinik für den Kranken und ermöglichen den Angehörigen günstigere Besuchsbedingungen. Insoweit wird die von der Sachverständigenkommission empfohlene Aufteilung in Standardversorgungsgebiete und übergeordnete Versorgungsgebiete anders beurteilt werden müssen.

Der Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder hat in seiner Stellungnahme zur Psychiatrie-Enquete kritische Anmerkungen gemacht, denen auch aus der Sicht Hamburgs beigetreten werden kann. Aus diesem Grunde wird in diesem Bericht mehr die besondere Situation der psychiatrischen Versorgung beleuchtet und das Ergebnis der Aktivitäten seit der Veröffentlichung des Zwischenberichtes eingehender dargestellt.

1 Sachstandsbericht zum Maßnahmekatalog des Zwischenberichtes

Leitlinien und Grundsätze eines ausgewogenen und auf die Bedürfnisse der hamburgischen Bevölkerung abgestimmten psychiatrischen Gesamtprogramms sind schon in dem der Bürgerschaft am 2. Dezember 1969 vorgelegten Stufenplan zur Sanierung des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll dargelegt worden. Die augenblickliche und in den nächsten Jahren zu erwartende Haushaltsvorlage wird jedoch die Verwirklichung des Gesamtprogramms in der vorgesehenen Zeit kaum zulassen. Vielmehr werden die finanziellen Mittel zunächst auf Teilmaßnahmen aus dem Gesamtprojekt konzentriert werden, um damit einen vordringlich verbesserungsbedürftigen Therapiebereich relativ schnell zu realisieren. Angesichts dieses Sachverhalts ist der Neubau einer psychiatrischen Aufnahmeabteilung am Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll vordringlichste Maßnahme, zumal der Anteil akut psychisch Kranker an den Aufnahmezahlen im Zunehmen begriffen ist. Der Neubau einer physikalischen Therapie und die Erstellung eines Hauses für psychisch abnorme Rechtsbrecher sollen wie die Neuschaffung eines Sozialzentrums entsprechend den durch die mittelfristige Finanzplanung gegebenen finanziellen Möglichkeiten später realisiert werden.

1.1 Sofortprogramme

Entsprechend der Verwirklichung des Stufenplanes für das Allgemeine Krankenhaus Ochsenzoll konnten inzwischen durch die Fertigstellung dreier moderner Bettenhäuser mit 200 Behandlungsplätzen die schlechtesten Unterbringungsbedingungen beseitigt werden.

Eine dort neu geschaffene Tagesklinik für 30 geronto-psychiatrische Patienten hat ihre Tätigkeit mit großem Erfolg aufnehmen können. Der in der Stellungnahme zum Zwischenbericht genannte Ausbau von Patientenclubs an den Gesundheitsämtern wurde wesentlich erweitert. Unter Berücksichtigung sozialtherapeutischer Behandlungskonzepte ist am Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll eine gesonderte Abteilung für alkohol- und drogenabhängige Patienten geschaffen worden. Diese Maßnahme wurde um so dringlicher, als heute bereits 40 v. H. der in der Klinik aufgenommenen Patienten von Alkoholikern gestellt werden.

Für die klinische Entgiftung drogenabhängiger Patienten steht an dieser Abteilung ein Bereich mit 15 Behandlungsplätzen zur Verfügung. Eine ausreichende personelle Kapazität ist sichergestellt. Die Langzeitbehandlung Drogenabhängiger vollzieht sich in der von freien Trägern unterhaltenen Kette therapeutischer Wohngemeinschaften. Die Zahl der an den Beratungsstellen für psychisch Kranke tätigen Ärzte und Sozialarbeiter ist in der Zwischenzeit verstärkt worden. Ebenso hat sie die Anzahl der von freien Trägern erstellten Wohnheime für psychisch Kranke erheblich erhöht.

1.2 Gleichstellung mit körperlich Kranken

Im Bereich der medizinischen und sozialen Versorgung psychisch Kranker ist weitgehend eine Gleichstellung mit körperlich Kranken erreicht. Soweit kein Anspruch auf Leistungen aus der Krankenkasse besteht, wird den psychisch Kranken oder Behinderten Eingliederungshilfe nach dem BSHG gewährt. Ein Nachholbedarf an psychiatrischen Betten besteht in Hamburg nicht.

1.3 Verbesserung der Personalsituation

Sparmaßnahmen sind auch im Bereich der klinischen Psychiatrie nicht ohne Auswirkungen geblieben, jedoch sind diese in den verschiedenen Sektoren von unterschiedlicher Gewichtigkeit.

Auf dem ärztlichen Sektor bestehen keine gravierenden Probleme. Für die vorhandenen Planstellen finden sich i. a. genügend Bewerber; freigewordene Arztstellen können in aller Regel alsbald wieder besetzt werden. Das Arzt-Patientenverhältnis liegt mit 1 : 30 immer noch deutlich ungünstiger als im Bereich der allgemeinmedizinischen Disziplinen (1 : 15).

Psychologen werden an der klinischen Betreuung psychisch Kranker in zunehmendem Maße beteiligt, wenn auch ein personeller Ausbau in diesem Bereich als noch erforderlich angesehen wird.

Die derzeitige Finanzlage läßt der personellen Verstärkung bei Sozialarbeitern, Sozialpädagogen oder Beschäftigungstherapeuten nur geringe Möglichkeiten.

Wesentlich ungünstiger als im ärztlichen Bereich liegen die Verhältnisse beim Pflegepersonal. Nur etwa 50 v. H. der in der Psychiatrie tätigen Pflegekräfte sind voll ausgebildet und verfügen über das staatliche Examen. Bei den anderen ist der Anteil ausländischer Kräfte recht bemerkenswert. Obgleich die Zahl der Bewerber zur Ausbildung in der Krankenpflegeschule die der vorhandenen Ausbildungsplätze übersteigt, gelingt es oft nur schwer, examinierte Schwestern und Pfleger für die Arbeit auf psychiatrischen Abteilungen zu gewinnen. Andererseits hat es sich auch als günstiger erwiesen, wenn zwischen dem Krankenpflegeexamen und dem Einsatz in der Psychiatrie eine mehrjährige Tätigkeit auf allgemeinmedizinischen Abteilungen liegt. Bei zu jungen Pflegekräften wird nicht selten das Verständnis und die innere Einstellung auf die Besonderheiten des psychisch Kranken noch vermißt.

Als besonders problematisch erweist es sich, die geronto-psychiatrischen Abteilungen mit einer ausreichenden Anzahl von Pflegekräften zu versorgen. Aber gerade hier ist wegen der hohen Belegung der vorhandenen Plätze (99 v. H.) und der schwierigen Pflegebedingungen ein höherer Bedarf an Personal gegeben. Maßnahmen zur Entschärfung dieses Versorgungsproblems sind inzwischen angelaufen.

1.4 Möglichkeiten der Weiterbildung

Zur Aus- bzw. Weiterbildung des Pflegepersonals am psychiatrischen Krankenhaus werden entsprechende Bildungsmöglichkeiten zur Verfügung gehalten. Der Krankenpflegeschule des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll liegen mehr Bewerbungen vor als Plätze vergeben werden können. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, daß in vermehrtem Maße Abiturienten sich um eine Ausbildung in der Krankenpflege bemühen.

In gesonderten Kursen können besonders befähigte und interessierte Krankenpflegepersonen zur Fachkrankenschwester bzw. Fachkrankenpfleger weitergebildet werden. Gewisse Schwierigkeiten ergaben sich durch das Weiterbildungsprogramm dadurch, daß die Pflegekräfte während der Weiterbildungszeit dem Krankenhaus für den pflegerischen Versorgungsbereich nicht mehr zur Verfügung stehen können und ein Ersatz meistens nicht zur Verfügung gestellt werden kann.

Für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen werden von der Gesundheitsbehörde in der Regel zweimal im Jahr Fortbildungsseminare angeboten, in denen auch besondere Kenntnisse und Verständnis für die Sozialpsychiatrie vermittelt werden. Die zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze für Jugendpsychiater lassen es derzeit noch nicht zu, eine ausreichende Anzahl von Fachkräften auszubilden.

1.5 Erarbeitung von Curricula

Die Gesundheitsbehörde hat als zuständige Stelle gemäß § 84 in Verbindung mit §§ 46, 58 Abs. 2 des Berufsbildungsgesetzes eine Fortbildungsordnung erlassen, auf Grund derer die Fortbildung zur Fachkrankenschwester, Fachkinderkrankenschwester und Fachkrankenpfleger in der Psychiatrie ermöglicht wird. Die Fortbildung dauert ein Jahr, darf insgesamt nicht länger als 4 Wochen unterbrochen werden (der tariflich zustehende Jahresurlaub wird davon nicht berührt) und der Lehrplan umfaßt 320 Stunden theoretische und 44 Stunden praktische Fortbildung. Nach Abschluß des Lehrganges findet ein Examen nach einer Prüfungsordnung statt. Über die bestandene Prüfung wird ein Zeugnis erteilt. Zweck der Fortbildung ist es, den Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Krankenpflegern mit ihren vielfältigen Aufgaben in psychiatrischen Einrichtungen die erforderlichen speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln. Zu den Aufgaben des Fachkrankenpersonal in der Psychiatrie zählen die stationäre krankenpflegerische Versorgung psychisch Kranker einschließlich der Mitarbeit in der Gruppen-, Sozio-, Milieu- und Werktherapie, die Mitwirkung bei sozial-psychiatrischen Maßnahmen in Tages- und Nachtkliniken, in Übergangs- und Wohnheimen sowie in Freizeitclubs. Darüber hinaus obliegt ihnen das Anleiten von Pflegehilfskräften und Schülern.

1.6 Weiter- und Fortbildung für Ärzte

Analog zu den Fortbildungsmöglichkeiten in allgemeinmedizinischen Bereichen werden von den psychiatrischen Abteilungen des AKO und UKE regelmäßig praxisbezogene Veranstaltungen angeboten, die den niedergelassenen Arzt mit wichtigen Entwicklungen und Forschungsergebnissen im Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie vertraut machen. Am Michael-Balint-Institut der Gesundheitsbehörde kann eine psychotherapeutische Zusatzausbildung erworben werden. Das Institut für Sexualforschung der Universität Hamburg vermittelt Kenntnisse zur Behandlung psychosexueller Störungen. Darüber hinaus bietet die Ärztekammer Hamburg ein vielfältiges Programm zur Fortbildung in den verschiedensten medizinischen Bereichen an.

2 Situation der psychiatrischen Versorgung in Hamburg

2.1 Ambulanter Bereich

Der Aufbau eines psychiatrischen Versorgungssystems ist in Hamburg günstiger verlaufen, als es bei Flächenstaaten oftmals der Fall war. Die infrastrukturellen Gegebenheiten des großstädtischen Ballungsraumes und die damit verbundenen attraktiven Anreize zur Errichtung einer eigenen, ärztlichen Praxis führten von vornherein zu einer erheblich höheren Arztdichte. Dies gilt für den Facharzt gleichermaßen wie für den Arzt für Allgemeinmedizin. Im Schlußbericht der Sachverständigen-Kommission und in der Stellungnahme der Psychiatrie-Referenten wird zu Recht herausgestellt, daß der niedergelassene Arzt die gemeindenaheste Fachinstitution darstellt. Die fast gleichmäßige Verteilung niedergelassener Nervenärzte, einschließlich ärztlicher Psychotherapeuten, über das gesamte Stadtgebiet ge-

ben die Voraussetzungen für eine durchaus befriedigende gemeindenahe Versorgung im ambulanten Bereich. Insoweit sind zusätzliche Fachambulanzen am psychiatrischen Krankenhaus nicht erforderlich.

Gegenwärtig sind in Hamburg 48 bei allen Krankenkassen zugelassene Nervenärzte, 51 privat praktizierende Psychiater und 39 für Ersatz- und RVO-Kassen zugelassene Psychotherapeuten in eigener Praxis tätig. Darüber hinaus verfügen 13 nichtärztliche Psychotherapeuten über eine Genehmigung zur Berufsausübung. Damit wird die in der Enquete angenommene Minimaldichte von einem Nervenarzt auf 50 000 Einwohner bei weitem unterschritten.

Diese günstigen Verhältnisse auf dem ambulanten Sektor werden ergänzt durch die an jedem der sieben Gesundheitsämter bestehenden Beratungsstellen für Nerven-, Gemüts- und Rauschgiftkranke. Ihre personelle Ausstattung umfaßt 12 Planstellen für Psychiater und 15 für Sozialarbeiter. Eine ärztliche Stelle ist z. Z. unbesetzt. Sie wird stundenweise von einem Facharzt für Psychiatrie im Nebenamt versorgt. An zwei der größeren Gesundheitsämter sind jeweils drei Ärzte und 3 Sozialarbeiter in der psychiatrischen Betreuung tätig; kleinere Ämter verfügen jeweils nur über eine geringere Anzahl von Planstellen. Diese Beratungsstellen werden in Zukunft noch in verstärktem Maße in die vorsorgende und nachgehende Betreuung psychisch Kranker eingeschaltet sein, wenn das Gesetz über die Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten verabschiedet sein wird. Die Einwohnerzahlen, die von jeder Beratungsstelle versorgt werden, entsprechen etwa dem von der Sachverständigen-Kommission empfohlenen Standardversorgungsgebiet. Auf ambulantem Sektor sind damit die Voraussetzungen für die Empfehlungen der Enquete erfüllt.

Jedes Gesundheitsamt verfügt über einen jugendpsychiatrischen Dienst, der zur Zeit wegen der nicht ausreichenden personellen Besetzung mit Ärzten und Sozialarbeitern die Aufgaben nicht im erforderlichen Umfang bewältigen kann. Die Aufstockung dieses Personals wäre erforderlich, stellt aber nicht ausschließlich ein finanzielles Problem dar. Es bereitet Schwierigkeiten, geeignete Jugendpsychiater für diese Aufgaben zu finden, weil zu wenige ausgebildet werden.

2.2 Stationärer Bereich

Für die stationäre psychiatrische Versorgung sind 4 379 Behandlungsplätze verfügbar. Davon liegen 1 576 in öffentlicher, 1 397 in freigemeinnütziger Trägerschaft und 1 406 Betten werden in außerhalb von Hamburg gelegenen psychiatrischen Krankenhäusern zur Verfügung gehalten. Die außerhalb Hamburgs liegenden Behandlungsplätze werden aufgrund besonderer Verträge mit den gemeinnützigen Trägern zur Verfügung gestellt, so daß der klinische Bereich der Psychiatrie ausreichend Behandlungsmöglichkeiten bietet. Die durchschnittliche Auslastung liegt derzeit bei etwa 85 v. H. Die Belegung auswärtiger klinischer Behandlungsplätze mit Hamburger Patienten ist das Ergebnis eines historischen Entwicklungsprozesses, der bis in den Anfang der 60er Jahre zurückreicht, als der hohe Aufnahmedruck auf das Allgemeine Krankenhaus Ochsenzoll nicht mehr aufgefangen werden konnte. Mit der Verwirklichung des Stufenplanes zur Sanierung des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll sind von Hamburg auch erhebliche finanzielle Mittel für die Verbesserung der Unterbringungsbedingungen in den außerhamburgischen Kliniken aufgewendet worden. Im Gegensatz zum herkömmlichen psychiatrischen Landeskrankenhaus ist die klinische Psychiatrie mit derzeit acht weitgehend selbständigen psychiatrischen Abteilungen in ein allgemeines Krankenhaus integriert. Diese Forderung der Enquete war schon vor der Erstellung des Berichtes der Sachverständigen-Kommission erfüllt, wenngleich der Ausbau dieses Krankenhauses zu einem Allgemeinen Krankenhaus noch nicht abgeschlossen ist.

Im Gegensatz zum ambulanten Bereich, in dem die Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung bereits erreicht ist, wird sie sich für den klinischen Bereich so schnell nicht verwirklichen lassen. Es erscheint auch zweifelhaft, ob die konsequente Realisierung der Forderung nach Schaffung von Standardversorgungsgebieten für Hamburg eine geeignete Maßnahme wäre. Bereits heute dürften die psychiatrischen Patienten ihr Krankenhaus in Hamburg innerhalb einer kürzeren Zeit erreichen, als es bei Verwirklichung der Empfehlungen in den Flächenstaaten der Fall sein wird. Die besseren Verkehrsbedingungen erlauben den Angehörigen bereits heute, den Kranken jederzeit zu besuchen. Aus diesen Gründen wird daher mit einer Entfremdung gegenüber der Umgebung kaum zu rechnen sein.

Im Großstadtbereich könnte gerade die Aufteilung in Standardversorgungsgebiet und übergeordnetes Versorgungsgebiet bezüglich der klinischen Behandlung zu einer „Zweiklassen-Psychiatrie" führen.

Die Reform der klinischen Psychiatrie wird sich daher mehr auf ein die strukturellen Gegebenheiten der Stadt berücksichtigendes modifiziertes System erstrecken müssen, damit jeder Bürger der Stadt in nahezu gleicher Zeit sein psychiatrisches Zentrum erreichen kann.

Für die Behandlung alkohol- und drogenabhängiger Patienten konnte eine neue klinische Einrichtung zur Verfügung gestellt werden. Dadurch konnte die Behandlung besonders der Drogenabhängigkeit effektiver gestaltet werden, als es bisher der Fall war. Daneben hat sich die Anzahl der in therapeutischen Wohngemeinschaften zur Verfügung stehenden Plätze erhöht. Die klinische Entgiftungsstation ist erstes Glied einer leistungsfähigen Therapiekette, der außerdem noch elf Wohngemeinschaften mit insgesamt 108 Plätzen angehören. Die Erweiterung der anfänglich auf die Behandlung der Drogenabhängigkeit eingestellte klinische Einrichtung auf den Alkoholsektor wurde erforderlich, nachdem heute bereits 40 v. H. der in der psychiatrischen Klinik aufgenommenen Patienten Alkoholiker sind. Die Betreuung der Alkoholabhängigen im außerklinischen Bereich unterliegt nicht der Zuständigkeit der Gesundheitsbehörde, sondern ist der Arbeits- und Sozialbehörde zugeordnet.

Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission zum Ausbau semistationärer Einrichtungen gab Veranlassung, solche Institutionen einzurichten. Zwei Tageskliniken mit je 30 Plätzen sind inzwischen geschaffen worden, die eine davon im geronto-psychiatrischen Bereich. Die Patienten werden mit einem eigenen Fahrzeug transportiert, wenn sie von der Einrichtung zu weit entfernt wohnen oder gehbehindert sind. Dabei zeigte sich, daß auch Patienten aus entferter liegenden Stadtteilen in der Tagesstätte Betreuung finden wollten.

Gesonderte Zentren für Epilepsie-Kranke werden für Hamburg nicht für erforderlich gehalten. Jede neurologische Abteilung der Allgemeinkrankenhäuser ist in der Lage, eine fachgerechte Behandlung durchzuführen und die notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten.

3 Kurz- und mittelfristige Absichten

Die in der Vergangenheit aufgewendeten finanziellen Mittel haben bereits zu einer spürbaren Verbesserung im stationären Versorgungsbereich geführt. Dennoch werden mittel- und langfristig weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, die Ziele des Reformprogramms zu verwirklichen.

Nach der Fertigstellung des Neubaues für die psychiatrischen Aufnahmestationen im Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll werden sich in funktioneller, diagnostischer und therapeutischer Hinsicht neue Möglichkeiten eröffnen, die mit dem vorhandenen Personal nicht voll genutzt werden könnten. Daher wird sich ein Mehrbedarf von etwa 50 Personalstellen mit jährlichen Kosten von 2 Millionen DM ergeben.

Die Unterbringungsbedingungen für abnorme und psychisch kranke Rechtsbrecher bedürfen einer grundlegenden Verbesserung. Hier wird nur ein Neubau den Anforderungen der modernen Rehabilitation gerecht werden können, wobei eine optimale Synthese zwischen humaner Gestaltung der Unterbringung und dem Sicherheitsaspekt gefunden werden muß.

Zur Förderung des 3. Bauabschnittes in den Ricklinger Anstalten, die für die stationäre Versorgung Hamburger Patienten 1 105 Behandlungsplätze zur Verfügung halten, werden von Hamburg finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

4 Gesetzgeberische Maßnahmen

Rechtliche Grundlage für die Unterbringung psychisch kranker Patienten in einer psychiatrischen Klinik bei Bestehen erheblicher Gefahren bildet das derzeit noch gültige Gesetz zum Schutze der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (SOG). Dieses am 14. März 1966 in Kraft getretene Gesetz ist nach überwiegend polizeirechtlichen Gesichtspunkten konzipiert und läßt den heutigen Auffassungen über ein fürsorgerisches Schutzbedürfnis des psychisch Kranken wenig Raum. Aufgrund politischer Initiativen ist der Entwurf eines Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten erarbeitet worden, das jetzt der Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg zur Beschlußfassung vorliegt. Das neue Gesetz akzentuiert unter Berücksichtigung sozialpsychiatrischer Behandlungsprinzipien vor allem einen Katalog fürsorgerischer Maßnahmen für den Patienten, ohne den Sicherheitsaspekt für die Öffentlichkeit zu vernachlässigen. In dem Gesetzentwurf werden auch die in der Psychiatrie-Enquete dargelegten Grundprinzipien berücksichtigt, wie sie von der Sachverständigen-Kommission empfohlen worden waren. Neben Vorschriften über Art und Ausmaß von Beschränkungen der Persönlichkeitsrechte wird das Gesetz auch eine rechtlich befriedigende Lösung über die Zulässigkeit der ärztlichen Behandlung während der Unterbringung enthalten. Ferner konnte die Schaffung eines psychiatrischen Kriseninterventionsdienstes rechtlich verankert werden. Er wird jeweils bei Anträgen auf Unterbringung tätig und soll dazu beitragen, Freiheitsentziehungen für den Patienten weitgehend zu verhindern.

Die mehr auf den Fürsorgeaspekt ausgerichtete Konzeption des Gesetzes kommt im Entwurf in dem rechtlich fixierten Anspruch auf vorsorgende und nachgehende Hilfen bei psychischen Krankheiten zum Ausdruck.

Nach dem Inkrafttreten des Maßregelvollzugsgesetzes für den Straftäter ergab sich aus verfasssungsrechtlichen Gründen auch die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Besserung und Sicherung gemäß §§ 63 und 64 StGB für den psychisch kranken Rechtsbrecher im Vollzug eine rechtliche Basis zu geben. Die Arbeiten an einem entsprechenden Gesetzentwurf stehen kurz vor dem Abschluß. Der Entwurf wurde unter Beteiligung Hamburgs von einer interministeriellen Arbeitsgruppe des ständigen Arbeitskreises der Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder erarbeitet.

5 Situation auf dem Heimsektor

Staatliche und freie Träger haben hinsichtlich der Schaffung komplementärer Dienste für den psychisch Kranken recht fortschrittliche Initiativen entwickelt und zahlreiche Heime auch für den psychisch Behinderten geschaffen. Zur Zeit stehen zehn Heime in freier und zwei in staatlicher Trägerschaft für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung, in denen mehr als 600 Plätze vorhanden sind.

Die staatlichen Alten- und Pflegeheime wie auch die Werkstätten für Behinderte unterliegen dem Zuständigkeitsbereich der Arbeits- und Sozialbehörde. In beschränktem Umfang können die Alten- und Pflegeheime Kranke mit psychischen Störungen des höheren Lebensalters versorgt werden, wenn pflegerische Belange im Vordergrund stehen, die Patienten aber wegen Selbstgefährdung auf einer geschlossenen Heimabteilung untergebracht werden müssen. Da in Hamburg auch die Unterbringung eines alten, psychisch kranken Menschen in einem Pflegeheim

über das Unterbringungsgesetz möglich ist, wird die psychiatrische Klinik bezüglich dieser Kranken weitgehend entlastet. Auch in diesem Bereich sind Empfehlungen der Sachverständigenkommission schon seit langem verwirklicht.

Trotz der geschilderten Initiativen in den unterschiedlichsten Bereichen und der erheblichen finanziellen Aufwendungen in der Vergangenheit werden zur Sanierung des psychiatrischen Versorgungssystems noch langfristig Bemühungen notwendig sein, ehe die jahrzehntelange Benachteiligung des psychisch Kranken überwunden ist. Die Politiker, die für die Planung und Finanzierung zuständigen Instanzen, die Öffentlichkeit und nicht zuletzt jeder Bundesbürger werden ihren Beitrag leisten müssen, damit die Erkenntnisse und Empfehlungen der Enquete-Kommission nicht der Vergessenheit anheimfallen.

6 Stellungnahme zur Planungsstudie der Firma Heinle, Wischer und Partner

Die auf den Angaben der Sachverständigen-Kommission beruhende Planungsstudie der Firma Heinle, Wischer und Partner enthält eine Fülle wertvoller Informationen, realitätsbezogener Planungsvarianten und praktikabler Vorschläge zur stufenweisen Verwirklichung unverzichtbarer Zielkriterien einer optimalen psychiatrischen Versorgung. Sie ist eine sehr wertvolle Hilfe, eine brauchbare Synthese zwischen dem Umfang notwendiger Investitionen, den einzelnen Stufen des Aus- oder Umbaues des psychiatrischen Versorgungssystems und der optimalen Nutzung vorhandener oder noch zu beschaffenden Fachpersonals zu finden. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, daß es der Studie gelang, trotz der in den einzelnen Ländern vorhandenen, unterschiedlichen Ausgangssituation im psychiatrischen Versorgungsbereich, allgemein gültige Entwicklungsstufen zur Zielverwirklichung aufzuzeigen.

Vereinzelt sind die planerischen Detailprobleme für den mit Planungsfragen nicht befaßten Laien nur schwer überschaubar. Es erscheint fraglich, ob die Studie ohne den planerischen Fachmann optimal genutzt werden kann. Das Verständnis der Studie setzt planerische Erfahrungen und Verständnis für Entwicklungsprobleme voraus, die nicht bei jedem an psychiatrischen Versorgungsfragen Interessierten vorausgesetzt werden können.

In den Bereichen, in denen vom Planer den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission nicht gefolgt werden kann, verliert auch die Studie ihre Aussagekraft.

Insgesamt gesehen vermittelt sie den mit planerischen Aufgaben betrauten Fachkräften praktikable Leitlinien zur Verwirklichung eines optimalen psychiatrischen Versorgungssystems.

Dr. Zylmann
Präsident

Der Hessische Sozialminister

Psychiatrie-Enquete

19. August 1977

Hessen und die Enquete Psychiatrie

A. Allgemein

1. Die Mängel und Lücken der psychiatrischen Versorgung, wie sie in der Enquete dargestellt sind, treffen zu. Insoweit Zustimmung, Abweichungen im Detail.

2. Den ausgesprochenen Empfehlungen in der Enquete zum Aufbau der Psychiatrie wird grundsätzlich zugestimmt, wenngleich sie auf eine Maximalausstattung der Versorgungsketten abgestellt sind und insoweit im Augenblick mehr normativen als programmatischen Charakter haben.

3. Der Zeitpunkt der Veröffentlichung der Enquete liegt unglücklicherweise in einer Zeit eingeschränkter investiver und personeller Entwicklungsmöglichkeiten.

4. Die Empfehlungen der Enquete sind unabhängig vom finanziellen Spielraum nicht wörtlich zu übernehmen, sondern verlangen eine Einformung/Anpassung an vorgegebene und gewachsene Verhältnisse in den Ländern, so auch in Hessen.

B. Grundzüge der Umsetzung in Hessen

1. Bei anhaltendem Bemühen um eine kontinuierliche Fortsetzung investiver Förderung ist zur Zeit wegen der wirtschaftlichen Gesamtlage mit keiner Forcierung zu rechnen.

2. Die grundsätzlichen Probleme im Pflegesatzbereich erlauben es jetzt nicht, im Gefolge der Enquete-Empfehlungen eine offensive Personalpolitik zu betreiben, was über den Pflegesatz hinaus auch für das Gesamtanliegen der Psychiatrie leider gelten muß.

3. So verbleibt die dennoch sehr trächtige Möglichkeit, *das Schwergewicht der Bemühungen in Hessen auf jene funktionellorganisatorischen Empfehlungen der Enquete zu legen, die eine Mobilisation vorhandener Leistungsreserven beinhalten.*

   d. h.: Erstellung eines funktionellen Verbundes der in der Psychiatrie aktiven Institutionen,

   d. h.: Darstellung der vorhandenen Versorgungskette,

   d. h.: Institutionalisierung der Kooperation zwischen den Gliedern der Kette.

4. Psychiatrieplanung im Gefolge der Enquete heißt über den engeren Kreis der Klinik und des Nervenarztes hinaus weitere soziale Institutionen im Vorfeld und in der Nachsorge einzubeziehen (Altensektor, Behindertensektor, Rehabilitationssektor, Bildungsbereiche).

5. Psychiatrieplanung in diesem Sinne heißt auch Stärkung der psychotherapeutischen und psychosomatischen Anteile der Versorgung.

6. Folgende Aufgabenbereiche sind in jenem funktionellen Verbund besonders einzubringen:

   a) stationäre und teilstationäre Versorgung,

   b) ambulante Versorgung,

   c) Übergangs- und Zwischeneinrichtungen (zwischen Ambulanz und Klinik),

   d) Beratungsdienste,

   e) Sondergruppen (Alte, Süchtige usw.). Dazu Akzente in Aus-, Fort- und Weiterbildung.

C. Konkrete Vorhaben

1. Die erreichbare Umsetzung von Enquete-Empfehlungen im bezeichneten Sinne (s. B 3) findet zunächst nur in einem modellhaften Gebiet statt, nämlich einer Krankenhausversorgungsregion. Im Gegensatz zum enquetegemäßen „überregionalen Versorgungsgebiet" wird in Hessen an der etwas größeren Krankenhausversorgungsregion festgehalten.

2. Die Untergliederung dieser übergeordneten Versorgungsregion in die vorgeschlagenen Standardversorgungsgebiete wäre erst später systematisch in Angriff zu nehmen. Punktuelle und spontane Vorab-Entwicklungen werden begrüßt.

3. Psychiatrische Beiräte, Ausschüsse und Arbeitsgemeinschaften gemäß Enquete werden nicht vorab als erster Schritt geschaffen, sondern bedarfsgemäß im Vollzuge der Entwicklung in dem für das Modell auszuwählenden Krankenhausversorgungsgebiet.

4. Zunächst würde sich der hier geladene Kreis (vgl. Ziff. 3) — evtl. hier und da modifiziert und angereichert — als Programmgestalter verstehen und aus sich eine kleine Initiativgruppe bestimmen, die mit dem Sozialminister zusammen-

arbeit, um zu geeigneter Zeit nach parlamentarischer Vorbereitung an das Krankenhausversorgungsgebiet und seine Institutionen und Gremien heranzutreten zwecks Aufbau der Versorgungskette.

5. Zunächst geht es um eine punktuelle kartographische Auflistung der Einrichtungen (stationär, ambulant, Zwischenbereich, Beratungssektor und bei Sondergruppen).

6. Die Auflistung zeigt zunächst einmal das ganze Spektrum der Versorgungskette im „Ist", das zugleich Wegweiser sein kann für den, der Hilfe sucht bzw. helfen will.

7. Die Auflistung dieses „Ist" zeigt zugleich die Lücken zum normativen Soll und hilft insoweit, ohnehin laufende Investitionsprogramme gezielter und abgestimmter zu betreiben.

8. Es geht entscheidend dann darum, die Partner der dargestellten Versorgungskette miteinander ins Gespräch zu bringen und damit die Kette durch institutionelle und persönliche Kontakte zu beleben und zu mobilisieren (z. B. Fachärzte, Erziehungsberatung, Behindertenheime, Sozialarbeit, Gesundheitsamt usw.). Vieles nämlich, was zur zweckdienlichen Versorgung, Beratung und Unterbringung vonnöten ist, scheitert bekanntlich an fehlenden Informationen über die Institutionen und an fehlenden personellen Interaktionen der Verantwortlichen in der Kette.

9. Besonders für das „beratende Vorfeld" der Psychiatrie (Kindergarten, Schule, Sozialberatung verschiedenster Art) sind Kontakte zur Psychiatrie und fortbildende Hilfestellungen durch die Psychiatrie erforderlich. Psychiatrische Akzente in deren Fortbildung, womöglich auch in Ausbildung.

10. Für die psychiatrische Klinik gilt es, im Rahmen der bereitstehenden Mittel die Richtung der eingeschlagenen strukturellen Maßnahmen beizubehalten, die im wesentlichen enquetegemäß sind.

11. Wichtig ist, die organisatorische (nicht unbedingt räumliche) Trennung von psychiatrischer Klinik und den Einrichtungen für Behinderte/chronisch Kranke. Diese Entlastung ist gleichermaßen durch geeignete Alteneinrichtungen auch weiterhin wie bisher zu betreiben, insoweit solche Alten- wie auch Behinderteneinrichtungen Bestandteil der Versorgungskette sind.

12. Gefährdung des „therapeutischen Milieus" bei zu strenger Personalbemessung im Rahmen der Pflegesatzgestaltung und Krankenhausprüfung wird mehrfach hervorgehoben. (Gespräche mit LWV über dieses Spezialproblem anhand konkreter Fakten werden vereinbart.)

13. Niedergelassene Nervenärzte und Kliniken bekunden volle Bereitschaft zur öffnenden Kooperation im Interesse der Patienten. Vor dem Hintergrund des derzeitig geltenden Rechts wird der verstärkte ambulante Einsatz von Kliniken im konkreten Falle mit Praxen minderversorgten Gebiete und im Falle von Patienten überdurchschnittlicher Klinikabhängigkeit zu prüfen sein.

14. Bessere Integration der Zwischenstrecke zwischen Ambulanz und Station in die Versorgung mit betreuender Aufgabe durch Ambulanz und Klinik bei organisatorischer Steuerung durch aktivierten psychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt.

    a) Dauerversorgung chronischer und behinderter Fälle im Sinne von Beschäftigung und/oder Pflege;

    b) Übergangsversorgung auf dem Wege zu Gesundheit und/oder Beruf;

    c) Entlastende Einrichtungen im Grenzbereich (z. B. Alteneinrichtungen).

    Im einzelnen: Patientenclubs, Familienpflege, allgemeine und spezielle Heime, Wohnungen und Wohngemeinschaften, Werkstätten, Arbeitsplätze, Berufsbildungs- bzw. Förderungswerke usw.

15. Beratung in den Instanzen vom Vorfeld der Psychiatrie bis an seinen Kern (Schule, Kindergärten, Strafvollzug, Erziehungsberatung, Sozialamt, Arbeitsvermittlung, Sonderberatungen und innerhalb des Verbundes unter Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und unter seiner organisatorischen Steuerung bei institutionalisierter Verbindung zu den Einrichtungen der Versorgung.

16. Organisatorische Mittlerrolle des Gesundheitsamtes in der Verbindung zwischen Beratung und Versorgung auf der einen und ambulanter bzw. stationärer Versorgung und der Zwischenstrecke sozialer Einrichtungen auf der anderen Seite.

17. Der Ausbildungssektor des Fachpersonals wird ebenfalls Gegenstand von Überlegungen sein.

18. Sondergruppen als eigene Verbände im Gesamtverband der psychiatrischen Versorgung wären nach obigen Gesichtspunkten zu organisieren und zu handhaben (z. B. Geronto-Psychiatrie, Süchte, Kinder und Jugendliche usw.).

Dr. Berger

Im übrigen wird auf die Drucksache 8/2402 des Hessischen Landtages vom 16. März 1973 verwiesen (vgl. Anlage).

Planungsstudie

19. August 1977

Die Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie erweist sich bei Durchsicht als ein geeignetes Instrument bei konkreten Planungsvorhaben zur Systematisierung der Arbeit; es erleichtert das Setzen von Prioritäten sowie alternative Kosten-/Nutzen-Erwägungen der vorzuschlagenden Ziele und ihrer Realisierung.

Hessen beabsichtigt, in den nächsten Monaten eine regionale umfassende Planung zu erarbeiten. Erst hierbei wird sich endgültig erweisen, ob die Planungsstudie eine Entscheidungshilfe ist.

Schwierigkeiten werden sich ergeben, weil Hessen im Gegensatz zu den in der Enquete ausgesprochenen Empfehlungen weiterhin vom bereits eingeführten Krankenhausversorgungsgebiet ausgehen wird und diese Region als Grundeinheit und damit als den zu verplanenden Raum betrachtet.

Schwierigkeiten bei der Anwendung der Planungsempfehlungen wird es auch geben, weil wir der Meinung sind, daß in den einzelnen Versorgungsgebieten einem unterschiedlichen Bedarf auch ein unterschiedlicher Ausstattungsstandard entspricht, so daß die auf Vereinheitlichung abgestellten Enquete-Empfehlungen insoweit nicht realistisch sind.

Ein großes personalintensives, psychotherapeutisches und psychosomatisches Netz aufzuziehen, wird nach unserer Auffassung zum gegenwärtigen Zeitpunkt wegen der Personal- und Kostenfrage und dem noch nicht vorliegenden Therapeutengesetz scheitern, ganz abgesehen von der Unausgereiftheit der tatsächlichen Bedarfslage.

Im Bereich der speziellen Psychosomatik ergibt sich überdies nicht nur die Forderung nach eigenständigen Einrichtungen, sonderen vorrangig das Problem der zusätzlichen Ausbildung ärztlicher und nichtärztlicher Berufe im Bereich zahlreicher klinischer Sparten.

Im Zusammenhang mit dem in Hessen angestrebten Modellplan eines Krankenhausversorgungsgebietes werden wir weiterhin die Studie zu Rate ziehen und Kontakt mit den Autoren halten.

Dr. Berger

Anlage

HESSISCHER LANDTAG
8. Wahlperiode

Drucksache 8/2402
(zu Drucksache 8/2185)
16. 03. 76

Antwort
der Landesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Dudene, Frau Vater, Zabel, Gebhardt, Frau Dr. Streletz, Herbert Schneider, Hilfenhaus, Hisserich, Leinbach (SPD) und Fraktion
betreffend psychiatrische Versorgung
— Drucksache 8/2185 —

Die Große Anfrage beantwortet der Sozialminister im Namen der Landesregierung wie folgt:

> In den letzten Jahren hat die psychiatrische Versorgung speziell mit den Mängeln in ihrem stationären Bereich die Öffentlichkeit verstärkt beschäftigt.
>
> Die jüngst veröffentlichte „Enquete zur Lage der Psychiatrie" hat über die Vorschläge zur stationären Versorgung hinaus Empfehlungen zur gesamten Versorgungskette ausgesprochen.

In der Vergangenheit haben zutagegetretene Engpässe und Mängel auch in Hessen immer wieder die psychiatrische Versorgung zum Gegenstand von öffentlichen Erörterungen gemacht. Auch im hessischen Parlament wurden Probleme der Psychiatrie bis vor kurzem immer wieder zur Sprache gebracht. Die jüngst veröffentlichte „Enquete zur Lage der Psychiatrie" gibt Gelegenheit, den zurückgelegten Weg im Bemühen um eine Verbesserung der Lage der Psychiatrie kritisch zu würdigen und die Zielrichtung zukünftiger Aufgaben an Hand dieses Berichtes zu überprüfen. Dies vorausgeschickt beantworte ich die Große Anfrage wie folgt:

1. Wie schätzt die Landesregierung die Darstellung von psychiatrischen Versorgungsmängeln in der Enquete ein?

Die in der Enquete dargestellten Mängel in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter unter Einfluß psychosomatischer und psychotherapeutischer Aspekte treffen prinzipiell zu. Das Ausmaß der dargestellten Lücken und Unzulänglichkeiten ist regional zweifellos unterschiedlich, so daß nicht durchweg jenes düstere Bild vorherrscht, das mit Recht in der Enquete in den Vordergrund gestellt wurde.

Eindrucksvoll und bezeichnend sind vor allem die dargestellten Schwierigkeiten im Bereich der klinischen Psychiatrie, der teilstationären und Übergangseinrichtungen, der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Alkoholkranken und Drogenabhängigen sowie für psychisch kranke alte Menschen und erwachsene Behinderte. Neben einer unzureichenden Kapazität an psychotherapeutischen Möglichkeiten fällt vor allem auf die überzeugende Darstellung der mangelnden Koordination aller an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligter Dienste, insbesondere der vielfach unzulänglichen Beratungseinrichtungen.

2. Wie schätzt die Landesregierung die ausgesprochenen Empfehlungen bei globaler Betrachtung ein?

Die in der Enquete ausgesprochenen Empfehlungen sind sehr umfangreich und entwerfen das Bild einer im Vergleich zur derzeitigen Lage maximal ausgestatteten Psychiatrie. Wenn auch in der Enquete gerade bei der Fülle der Empfehlungen noch mehr Gewicht auf Prioritäten zu setzen gewesen wäre und wenn eine Reihe von Empfehlungen nicht unbedingt und ohne weiteres in die unterschiedlich vorgeprägte Situation in den einzelnen Ländern hineinpaßt, schließlich darüber hinaus nicht jede einzelne Empfehlung für jeden und jederzeit akzeptabel sein mag, so kann doch global gesagt werden: Richtung und Tenor der in der Enquete ausgesprochenen Empfehlungen finden mit Abstrichen die Zustimmung der Landesregierung.

3. a) Welche investiven Maßnahmen wurden in der stationären Versorgung durch die psychiatrischen Landeskrankenhäuser seit 1973 realisiert bzw. in Angriff genommen?

b) Welche strukturellen Verbesserungen haben sich in diesem Bereich erzielen lassen, sei es als Folge der Investitionen oder unabhängig davon?

c) Stimmt die Richtung dieser strukturellen Maßnahmen mit den in der Enquete angegebenen Empfehlungen überein?

d) Wie gedenkt die Landesregierung den stationären Sektor weiterzuentwickeln?

a) Die Investitionsförderung im Bereich des Krankenhauswesens sind mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ab dem 1. Januar 1972 auf eine neue Grundlage gestellt worden. Bis zum Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beteiligte sich das Land an den Investitionskosten durch Gewährung von Zuschüssen, die in der Regel 30 bis 60 v. H. der förderungsfähigen Gesamtkosten ausmachten. Für die restlichen Kosten hatten die Krankenhausträger aufzukommen. Durch das neue Recht ist es allein Aufgabe der öffentlichen Hand, die förderungsfähigen Kosten mit Krankenhausfinanzierungsmitteln abzudecken.

Gemäß § 6 Krankenhausgesetz (KHG) sind die Länder zur Aufstellung und Durchführung jährlicher Krankenhausbauprogramme verpflichtet. Hessen hat erstmals für das Jahr 1973 ein solches Krankenhausprogramm herausgegeben und angesichts des erheblichen Nachholbedarfs im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung für Modernisierungs- und Sanierungsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern des Landes in beachtlichem Maße Fördermittel bereitgestellt, wie es die nachfolgende Übersicht deutlich macht:

Krankenhausbauprogramm	Gesamtfördervolumen in Millionen DM	davon für die stationäre psychiatrische Versorgung in Millionen DM
1973	177	35
1974	250	42,3
1975	130	15
1976	422	62,5
	979	154,8

Unter anderem ermöglicht das Krankenhausbauprogramm 1976 auch die Inangriffnahme des seit längerer Zeit geplanten psychiatrischen Behandlungszentrums in Frankfurt unter der Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, mit dessen Bau 1977 begonnen werden soll. Durch die mittelfristige Krankenhausfinanzierung des Landes ist die Finanzierung dieses Großbauvorhabens abgesichert.

Die seit dem Jahre 1973 eingesetzten Fördermittel sind vornehmlich dem Landeswohlfahrtsverband als dem Träger der meisten stationären Einrichtungen im Lande zugeflossen. Mit diesen Mitteln wurden insbesondere akute Notstände beseitigt, eine wesentliche Verbesserung des Grundstandards allgemeiner Lebensbedingungen angestrebt und teilweise erreicht. Es ist bekannt, daß in den psychiatrischen Krankenhäusern in dieser Hinsicht bei Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch ein erheblicher Nachholbedarf bestand, für dessen Beseitigung es auch jetzt noch intensiver Anstrengungen bedarf. Die Bemühungen um den Abbau der stationären psychiatrischen Unterversorgung in einigen Bereichen des Landes Hessen sind seit dem Jahre 1973 verstärkt worden. Hervorzuheben sind hierbei das bereits erwähnte psychiatrische Behandlungszentrum in Frankfurt mit 320 Betten unter der Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbandes sowie die Absicht, an mehreren größeren Krankenhäusern der Akutversorgung psychiatrische Abteilungen einzurichten. Im Gespräch und teilweise in der Planung schon fortgeschritten sind hierbei vor allem Objekte in den

Krankenhausversorgungsgebieten Frankfurt/Offenbach und Fulda.

Soweit stationäre psychiatrische Einrichtungen unter freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft geführt werden, sind auch diese im Rahmen der Investitionsförderung seit dem Jahre 1973 in angemessener Weise berücksichtigt worden. Neben der Investitionsförderung gem § 9 KHG für Neubau-, Umbau-, Erweiterungsbaumaßnahmen, für Modernisierung und Sanierung werden speziell für den stationären psychiatrischen Versorgungsbereich jährlich rd. 17 Millionen DM für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gem. § 10 KHG den Trägern dieser Einrichtung zur Verfügung gestellt. Unter Einschluß dieser jährlichen Pauschalförderungen gem. § 10 KHG kann insgesamt festgestellt werden, daß der Investitionsaufwand für die Belange der Psychiatrie erheblich ist. Das KHG sieht die Förderung von Betten in psychiatrischen Krankenhäusern nur insoweit vor, als sie der Akutversorgung zuzurechnen sind. Die Abgrenzung der psychiatrischen Akutfälle vom sogenannten Pflegebereich, der von der Förderung mit Krankenhausfinanzierungsmitteln ausgeschlossen ist, hat zu einer in den Ländern unterschiedlichen Praxis geführt. Während Hessen die Psychiatriebetten in hohem Umfang dem Akutbereich zuordnet, gehen andere Länder von einem Förderungsverhältnis von einem Drittel Akutbetten zu zwei Drittel Pflegebetten aus. Allein durch das in Hessen so geübte Verfahren wird den Belangen der Psychiatrie in finanzieller Hinsicht mehr Rechnung getragen als in anderen Bundesländern.

b) Die vorgenommenen Investitionen bezogen sich vor allem neben etwa 20 Maßnahmen im technischen Bereich der Krankenhäuser auf Maßnahmen zur Verbesserung der Bettenhäuser und Krankenstationen, der Einrichtung von Sucht-Kliniken bzw. -Abteilungen, der Schaffung von Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, dem Bau von Aufnahmekliniken sowie der Schaffung von Ausbildungsstätten.

Die auf diese Weise erreichte Verbesserung der baulichen Situation der psychiatrischen Krankenhäuser war Veranlassung und Voraussetzung zugleich für die Inangriffnahme möglicher struktureller Verbesserungen.

Die damit eingeleitete, aber noch keineswegs abgeschlossene Entwicklung beinhaltet im einzelnen folgendes:

1. Entflechtung in der Weise, daß einzelne Kliniken überregionale Spezialisierungsaufträge erhalten, z. B. schwerpunktmäßige Unterbringung Suchtkranker, TBC-Geisteskranker, Oligophrener usw.

2. Differenzierung der Aufgaben innerhalb eines Krankenhauses mit gesonderten Aufnahmebereichen sowie angepaßten Unterbringungsangeboten für die verschiedensten Krankengruppen.

3. Schaffung fachlich selbständiger Untereinheiten innerhalb der Großkrankenhäuser gem. der Maxime des Hessischen Krankenhausgesetzes hinsichtlich der Überschaubarkeit der ärztlich geleiteten Versorgungseinheiten.

4. Auflockerung auf den Bettenstationen unter Verbesserung der räumlichen Beschaffenheit und Einrichtungen. Mit den bisherigen Investitionen konnten an den psychiatrischen Krankenhäusern bereits zahlreiche überplanmäßige Betten abgebaut werden, wodurch teilweise schon heute eine patientenfreundlichere Unterbringung erreicht ist. Im Zuge der angestrebten weiteren Reduzierung des Bettenbestandes der psychiatrischen Krankenhäuser auf die in der Enquete empfohlene Größenordnung soll auch im psychiatrischen Krankenhaus alsbald der „Bettensaal" der Vergangenheit angehören.

5. Verstärkte Bemühungen um Einrichtung und Ausgestaltung sozialtherapeutischer Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen. Mit der Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen in Akutkrankenhäusern wird ein weiterer wichtiger Schritt bürgernaher psychiatrischer Versorgung unter Integration in die allgemeine Krankenhausversorgung vollzogen, der auch im von der Landesregierung unterstützten Bemühen des Landeswohlfahrtsverbandes seinen Ausdruck findet, für seine abseits gelegenen Großkrankenhäuser Satelliten in den Ballungsräumen zu finden, wie beispielsweise gegenwärtig in Frankfurt. Die schwierige Situation der Psychiatrie darf aber nicht dazu führen, daß, wie schon kürzlich hier im Parlament ausgeführt werden konnte, nun jedes freiwerdende Krankenhausbett zu einem psychiatrischen umfunktioniert wird; denn dadurch würde das gravierende Strukturproblem abseitig gelegener Großkrankenhäuser nur in ein neues Strukturproblem fachlich ungenügend zu differenzierender und wieder ungünstig plazierter Klein- und Kleinstabteilungen umgewandelt. Auf der anderen Seite hat die Landesregierung ihre Bereitschaft bekundet, jeden in hinreichender Reife vorliegenden Vorschlag sorgfältig zu überprüfen.

c) Die strukturellen Maßnahmen, die bisher eingeleitet und durchgeführt wurden, decken sich mit den in der Enquete gegebenen Empfehlungen. Dies ist nicht zufällig so, sondern Hessen hat bekanntlich bereits im Jahre 1972 bei der Erstellung eines Krankenhausplanes gleichzeitig einen Psychiatrieplan entwickelt und durch die Investitionen der letzten Jahre sichergestellt, daß die in diesem Plan entwickelten Zielvorstellungen nach und nach erreicht werden. Ziele dieses Planes sind u. a.:

— der Abbau der psychiatrischen Großkrankenhäuser

— eine heimat- und bürgernahe Unterbringung

— eine Entflechtung der psychiatrischen Krankenhäuser durch schwerpunktmäßige Unterbringung von Sondergruppen

— und ein insgesamt verbessertes Versorgungsangebot durch überschaubare Abteilungen und Patientenzimmer mit nur noch wenigen Betten.

Die in der Enquete gegebenen Empfehlungen sind, wie bereits eingangs erwähnt, optimal. Die Realisierung läßt sich von daher nicht kurz- und auch nicht mittelfristig erreichen. Nach Ablauf von nur drei Jahren nach Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann deshalb noch nicht erwartet werden, daß die gesteckten Ziele bereits erreicht sind. Hier kann nur eine weiter detaillierte Planung und kontinuierliche Finanzierung den gewünschten Erfolg bringen.

Wesentlich zu ergänzen und zu verbessern sind die Strukturprobleme der psychiatrischen Krankenhäuser durch jene Maßnahmen, die im Gefolge der gegenwärtigen gesundheitspolitisch so dringend verlangten Öffnung zwischen stationärer und ambulanter Krankenversorgung durchgeführt werden müssen.

Nicht zuletzt durch die gesundheitspolitischen Aktivitäten Hessens wurden in der 37. Gesundheitsministerkonferenz Empfehlungen dieser Art verabschiedet, die für die Psychiatrie von ganz besonderer Dringlichkeit sind.

d) Die weitere Entwicklung des stationären Sektors der psychiatrischen Versorgung in Hessen wird durch folgende Merkmale gekennzeichnet sein:

1. Weitere Auflockerung, Differenzierung und Verringerung der Bettenzahl in den herkömmlichen Großkrankenhäusern

2. Schaffung von neuen psychiatrischen Betten in den bekanntermaßen unterversorgten Krankenhausversorgungsgebieten, vor allem Frankfurt/Offenbach und Fulda, Zug um Zug mit der Verringerung der Bettenzahl in den Großkrankenhäusern

3. Weitere Bemühungen um ein Netz von teilstationären und Übergangseinrichtungen zwischen klinischer und ambulanter Versorgung zur Entlastung beider Bereiche, unter gleichzeitiger Eindämmung der Gesamtkosten.

4. Was beabsichtigt die Landesregierung zu tun, um auch jene Empfehlungen der Enquete aufzugreifen, die sich mit

   a) der regionalen Organisation,
   b) der ambulanten Versorgung,
   c) dem Zwischenfeld sozialer Hilfe,
   d) dem Beratungssektor und
   e) den Aus-, Fort- und Weiterbildungsfragen in der Psychiatrie befassen?

Die Landesregierung sieht sich angesichts der aktuellen Finanzlage und der Finanzplanung leider nicht dazu in der Lage, unmittelbar im Gefolge der Enquete über die bereits geplanten Finanzeinsätze hinaus erhebliche neue Mittel zu mobilisieren. Sie steht daher vor der Aufgabe, vor dem Hintergrund des verfügbaren Finanzvolumens das Schwergewicht ihrer Bemühungen zunächst vorwiegend auf jenen Anteil der Enquete-Empfehlungen zu konzentrieren, die sich mit Funktion und Organisation der psychiatrischen Versorgung befassen. Hier ist an den Vorschlag eines Verbundes zu denken, dessen Verwirklichung die Freisetzung von Leistungsreserven verspricht, die bei der gegenwärtig mehr oder weniger isolierten Arbeit der einzelnen, mit psychiatrischer Versorgung befaßten Institutionen nicht in dem Maße erreicht werden kann.

a) Die Landesregierung hat die Absicht, abweichend vom enquete-gemäßen „überregionalen Versorgungsgebiet" in Hessen vom etwas größeren Krankenhausversorgungsgebiet auszugehen, was angesichts der nach dem KHG und dem Hessischen Krankenhausgesetz eingeschlagenen Entwicklung am sinnvollsten ist. Sie wird alle Anstrengungen unternehmen, jenen Versorgungsverbund zunächst in einem noch auszuwählenden Krankenhausversorgungsgebiet zu realisieren, innerhalb dessen sich dann je nach örtlichen Gegebenheiten die enquete-gemäßen Standardversorgungsgebiete entwickeln können. Die Landesregierung will zunächst davon absehen, von vornherein schon alle jene Beiräte, Ausschüsse und Arbeitsgemeinschaften zu bilden, wie sie in der Enquete vorgesehen sind. Sie hat jedoch in den zurückliegenden Wochen damit begonnen, ihre Überlegungen zur Umsetzung der Enquete-Empfehlungen mit einer Reihe von maßgeblichen Gesprächspartnern in verschiedenen Gesprächsrunden zu diskutieren. Trotz der unterschiedlichen Interessenlage einzelner Gesprächspartner und auch im einzelnen abweichender Vorstellungen anderer kann aus den bisher geführten Gesprächen, die noch nicht abgeschlossen sind, der Schluß gezogen werden, daß doch eine große Bereitschaft besteht, im Rahmen eines so vorgesehenen Verbundes konstruktiv und engagiert mitzuarbeiten. Im Augenblick wird im Gefolge dieser Gespräche geprüft, einen die Landesregierung in der Enquete-Umsetzung unterstützenden Beirat zu schaffen, in den gesundheitspolitisch und fachlich kompetente Personen, vor allem aus den hier abgelaufenen Gesprächsrunden, zu berufen wären. Diese hätten die Aufgabe, die Grundzüge eines solchen Verbundes empfehlend vorzustrukturieren, bei der Auswahl eines geeigneten Krankenhausversorgungsgebietes beratend mitzuwirken und die Realisierung in einem Krankenhausversorgungsgebiet beratend zu betreuen.

b) Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist Aufgabe der kassenärztlichen Vereinigung Hessens.

   Mit dem Fachverband der Nervenärzte in Hessen wurden inzwischen Gespräche aufgenommen, in denen nach Möglichkeiten gesucht wird, die stellenweise uneinheitliche Versorgung mit niedergelassenen Nervenärzten auszugleichen. Mehr als der numerische Mangel an Nervenärzten — die Psychotherapie stellt hierbei ein besonderes Problem dar — steht die regionale Ver-

teilung der vorhandenen Praxen im Vordergrund. Wenn es gelingt, wie auch von der 37. Gesundheitsministerkonferenz gebilligt, die Öffnung von Klinik und ambulanter Versorgung voranzutreiben, worum sich die Hessische Landesregierung im Rahmen ihrer Möglichkeiten bemühen wird, dann ist damit ein wohl maßgeblicher Beitrag zur ambulanten Versorgung zu erreichen. Hiervon hätten spezielle Patientengruppen mit starker Klinikbindung und Patienten in Gebieten unzureichender fachärztlicher Niederlassung besondere Vorteile.

c) Das Zwischenfeld zwischen ambulanter Versorgung und klinischer Versorgung ist einmal dazu geeignet, beim Patienten unnötigen Hospitalismus zu vermeiden, zum anderen auch dazu in der Lage, die beiden genannten Bereiche in jeder Hinsicht zu entlasten, wobei die Betreuung dieses Zwischenfeldes sowohl von der ambulanten wie von der klinischen Seite her von entscheidender Bedeutung ist. In diesem „Zwischenfeld" kommt es besonders darauf an, jenen organisatorischen und funktionellen Verbund herzustellen, der zu einer einheitlichen Versorgungskette führt, die auch bei unterschiedlicher Trägerschaft der einzelnen beteiligten Einrichtungen möglich und nötig ist. Im wesentlichen haben diese Einrichtungen einen Übergangscharakter, wenngleich sie für viele in ihrer Gesundheit und sozialen Integrierbarkeit labile Patienten zur ständigen Anlehnung dienen müssen. Gemeint sind im einzelnen Einrichtungen für soziale Kontakte und soziale Eingliederungsbemühungen, Wohnheime und Beschäftigungsmöglichkeiten bis hin zu Einrichtungen der beruflichen Eingliederung. Gemeint ist aber auch die Vielzahl vorhandener und erforderlicher Beratungsinstanzen auf den verschiedensten Ebenen, angefangen im „Vorfeld", wie es die Enquete ausdrückt, bis hin zu fachlich qualifizierten Diensten durch Fachärzte und psychosoziale Berater verschiedenster Prägung. Ziel des Verbundes muß es sein, die verschiedensten Stufen dieses Zwischenfeldes in einem Krankenhausversorgungsgebiet zu intensiver Kooperation zu führen, die Verbindung zu den Einrichtungen für Behinderte und alte Menschen herzustellen und schließlich die Brücke zur ambulanten und stationären Versorgung zu schlagen. Allein dadurch, daß die in den Institutionen arbeitenden Personen miteinander ins Gespräch und in Verbindung kommen, von den Konzepten und Möglichkeiten der anderen erfahren, notwendige Kontakte zu den Alten- und Behinderteneinrichtungen bekommen und schließlich mit den Institutionen der ambulanten und stationären Versorgung zusammengeführt werden, ist eine Verbesserung der Betreuung psychisch Kranker und Behinderter sowie Gefährdeter zu erwarten. Dafür sprechen erste Erfahrungen, wie sie von entsprechend beschaffenen und sich bildenden Teams etwa in Gießen, Marburg oder Frankfurt geäußert werden.

d) Es existiert eine Vielzahl von Beratungsdiensten mit mehr oder weniger enger Problemstellung aus dem Bereich Psychiatrie im weitesten Sinne des Wortes. Diese Beratungsdienste haben unterschiedliche Ziele, sind unterschiedlich und zum Teil unabhängig voneinander organisiert und liegen in unterschiedlichster Trägerschaft, was auch nicht geändert werden soll. Was oben unter 4 c gesagt ist, gilt auch für diesen Beratungssektor. Auf freiwilliger Basis soll angestrebt werden, diese Dienste in den Verbund einzubeziehen, wobei lediglich an eine funktionelle Integration gedacht ist, die eine reibungslose und zweckdienliche Betreuung des Patienten in dieser Versorgungskette gewährleisten soll. Angesichts der auf allen Ebenen verfügbaren Mittel ist nicht davon auszugehen, daß über kurz oder lang eine Ausweitung im kostenträchtigen Teil dieser Beratungen möglich sein wird. Was die funktionelle Kooperation im Verbund betrifft, ist daran gedacht, das Gesundheitsamt mit seinem psychiatrischen Aufgabenteil hier organisatorisch tätig werden zu lassen.

e) Der Aus-, Fort- und Weiterbildung des im psychiatrischen Bereich im weitesten Sinne tätigen ärztlichen und nichtärztlichen Personals kommt erhöhte Bedeutung zu. Es ist deshalb beabsichtigt, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die sich insbesondere den folgenden Aufgaben widmen soll:

— Einschlägige Ausbildungsgänge hinsichtlich des psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Ausbildungsangebotes zu sichten

— in den Fort- und Weiterbildungskursen das psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Angebot kritisch zu überprüfen

— ggf. bei den Trägern entsprechender Aus-, Fort- und Weiterbildung mit entsprechenden Vorschlägen vorstellig zu werden und Einfluß zu nehmen.

In Übereinstimmung mit der Bundesregierung geht auch die Landesregierung davon aus, daß die Empfehlungen der Enquete, soweit sie nach den vorstehenden Ausführungen aufzugreifen sind, nur stufenweise umgesetzt werden können. Auch künftig wird die Landesregierung deshalb in ihrem konsequenten Bemühen um eine Verbesserung der Psychiatrie in Hessen nicht nachlassen. Sie ist dabei für jede Unterstützung dankbar, zumal gerade der hier angesprochene Patientenkreis in der Öffentlichkeit leider noch nicht das Verständnis für seine Belange gefunden hat, das angemessen und geboten wäre.

Wiesbaden, den 16. März 1976

Dr. Schmidt

Der Niedersächsische Sozialminister

Zwischenbericht

10. Oktober 1975

Unter Berücksichtigung der Erörterungen während der Sitzung des Ständigen Arbeitskreises der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder übermittle ich folgende Übersicht über die innerhalb meines Zuständigkeitsbereichs abgewickelten bzw. fortgeschriebenen Vorhaben zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung.

Zu 22.1

Die Nieders. Landesregierung hat bei der Vorlage des Landesentwicklungsprogramms Niedersachsen 1985 — Stand Sommer 1973 — innerhalb des Aufgabenfeldes „Gesundheit" eine umfassende Analyse der Versorgung der psychisch Kranken bzw. Behinderten vorgelegt und Leitlinien und Grundsätze für die zukünftige Planung aufgestellt. Dabei wurde ausdrücklich auf die zu erwartenden Ergebnisse und Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland Bezug genommen (psychiatrische Versorgung als gleichwertiger und integrierter Bestandteil der allgemeinen Krankenversorgung, Grundsatz der Ortsnähe mit differenzierten stationären und teilstationären Einrichtungen, Schaffung psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Größenordnung von etwa 200 Betten, Schaffung von Fachkliniken, Planung auf der Grundlage von Versorgungsgebieten mit jeweils rund 250 000 Einwohnern, Verkleinerung und Entflechtung der vorhandenen psychiatrischen Großkrankenhäuser, kontinuierliche Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen für alle an der Behandlung und Betreuung psychisch Kranker/Behinderter beteiligten Berufsgruppen unter besonderer Berücksichtigung sozialpsychiatrischer Erkenntnisse und Möglichkeiten usw.).
Es wurden Schwerpunkte und Prioritäten festgelegt.

Zu 22.2

Ein auf der Grundlage dieser Konzeption bereits 1969/70 erarbeiteter Ausbau- und Sanierungsplan für die psychiatrischen Landeskrankenhäuser sah als dringlichste Maßnahme die Sanierung der vorhandenen stationären Einrichtungen zur Beseitigung der akuten Notstände, vor allem in den Langzeitbereichen, vor. Dafür wurden im Zeitraum von 1971 bis 1974 6 541 632 DM aufgewendet. Im Haushaltsjahr 1975 steht für den gleichen Zweck eine Summe von 2 419 000 DM zur Verfügung.

Parallel dazu begann der Neubau von Aufnahmekliniken, Sozialzentren und Wirtschaftsgebäuden in verschiedenen vorhandenen psychiatrischen Landeskrankenhäusern (Lüneburg, Königslutter, Göttingen, Moringen, Tiefenbrunn), um diese Krankenhäuser in gemeindenahe psychiatrische Behandlungszentren umzustrukturieren, ihre Größe zu reduzieren bzw. die Sonderkrankenhäuser Tiefenbrunn bzw. Moringen in die Lage zu versetzen, ihren spezifischen Aufgabenstellungen besser gerecht zu werden. Bei dem Landeskrankenhaus Tiefenbrunn handelt es sich um ein psychotherapeutisches Spezialkrankenhaus, im Landeskrankenhaus Moringen werden psychisch kranke Straffällige versorgt. Für diese Maßnahme ist ein Betrag von 260 670 000 DM vorgesehen. Die genannten Projekte sind zum Teil bereits fertiggestellt bzw. befinden sich in einem fortgeschrittenen Stadium.

Der erste Bauabschnitt eines modernen diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkten Rechnung tragenden sowie eine umfassende Nachsorge ermöglichenden psychiatrischen Behandlungszentrums in Hildesheim (als Ersatz für ein abhängiges Landeskrankenhaus) wurde Anfang 1974 seiner Bestimmung übergeben. Das Gesamtvorhaben — mit Ausnahme einer ebenfalls geplanten, jedoch noch nicht begonnenen, differenziert gegliederten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie — wird bis Ende 1976 vollendet sein (Gesamtkosten voraussichtlich 88 460 000 DM).

Mit gleicher Priorität wurde die Planung angegliederter psychiatrischer Fachabteilungen in Angriff genommen. Unter den erschwerten Bedingungen eines zum Teil dünn besiedelten Flächenlandes ergeben sich dabei Versorgungsschwerpunkte im Raum Ostfriesland, im Regierungsbezirk Stade und im Emsland. Eine den Forderungen der Psychiatrie-Enquete Rechnung tragende, im Endausbau eine Totalversorgung sicherstellende angegliederte Fachabteilung in Emden wird noch 1976 begonnen werden.

Baureife Planungen für angegliederte psychiatrische Fachabteilungen liegen für Buxtehude und Meppen/Ems vor. Eine Förderung dieser Vorhaben durch das BMJfG wird angestrebt.

Umfangreiche Maßnahmen wurden zur Verbesserung der Versorgungssituation Alkoholkranker, Drogen- bzw. Medikamentenabhängiger in Angriff genommen. Die Kapazität der ausschließlich für die Betreuung dieses Personenkreises bestimmten Fachabteilung Bad Rehburg konnte wesentlich erweitert, die dortigen Behandlungsmöglichkeiten verbessert, der Aufbau einer Versorgungskette für Drogenabhängige im Raum Hannover mit Mitteln des Bundes und des Landes maßgeblich gefördert und die Schaffung offener Suchtkliniken an verschiedenen Stellen des Landes beschleunigt werden.

Ebenfalls in Übereinstimmung mit dem Vorhabenkatalog der Psychiatrie-Enquete wurde der Entwurf eines Nieders. Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen erarbeitet. Dieser Entwurf wird zur Zeit im Nieders. Landtag beraten. Zweck dieses Vorhabens ist es, den Anspruch auf Hilfe zu normieren und gezielte Frühbehandlungen und nachgehende Betreuungen zu ermöglichen. Dabei ist die Einrichtung sozial-psychiatrischer Dienste vorgesehen.

Trotz der sich nur langsam entschärfenden ärztlichen Mangelsituation an den psychiatrischen Krankenhäusern wurde die für ein Flächenland besonders wichtige psychohygienische Beratungstätigkeit an verschiedenen staatlichen und kommunalen Gesundheitsämtern planmäßig fortgesetzt. Darüber hinaus konnten für eine Reihe von ärztlichen Direktoren bzw. Funktionsbereichsleitern der Landeskrankenhäuser Beteiligungsverträge mit den jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen und damit Maßnahmen zur Krisenintervention bzw. im Hinblick auf die nachgehende Fürsorge aktiviert werden.

In weitgehender Übereinstimmung mit den bekanntgewordenen Vorschlägen der Psychiatrie-Enquete wurden Planungen für zunächst vier differenziert gegliederte kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken erarbeitet (Hildesheim, Königslutter, Lüneburg, Osnabrück). Bei diesen Planungen wurde von Anfang an Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft „Niedersächsische Kinder- und Jugendpsychiater" bzw. mit einer speziellen Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie" innerhalb eines alle psychiatrischen Einrichtungen umfassenden Arbeitskreises für Fragen psychiatrischer Krankenhäuser gelegt.

Die besonders von der psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover augehenden Aktivitäten für die psychiatrische Versorgung des Raumes der Landeshauptstadt Hannover führten zu einer wesentlichen Verbesserung der Betreuung (Aufbau sozial-psychiatrischer Dienste, Übernahme eines Sektors mit psychiatrischer Totalversorgung durch die Medizinische Hochschule usw.).

In engem Zusammenwirken mit dem Landessozialamt Niedersachsen wurde seit etwa vier Jahren der Aufbau und Ausbau von psychiatrischen Versorgungsketten durch Schaffung von sogenannten flankierenden Einrichtungen gefördert. Zur Zeit stehen in Niedersachsen insgesamt 1969 Plätze in psychiatrischen Übergangsheimen, in Wohnheimen und Pflegeheimen zur Verfügung. Damit ist ein erster Schritt zur Herabsetzung der Größe der vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser getan worden. Das Verhältnis der noch relativ wenigen Plätze in Übergangsheimen zu der dominierenden Anzahl von Wohnheimplätzen entspricht dem tatsächlichen Bedarf. Es hat sich gezeigt, daß hier nur wenige echte Übergangsheime zu schaffen waren, die in der Regel eng an psychiatrische Einrichtungen gekoppelt sind (z. B. Medizinische Hochschule Hannover, Psychiatrische Klinik Häcklingen bei Lüneburg). Die jetzigen Bemühungen gehen dahin, auch eine ausreichende Anzahl von Pflegeplätzen für psychisch Alterskranke zu schaffen. Hier soll vor allem auf solche Krankenhäuser zurückgegriffen werden, die nicht mehr in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen werden. Durch den Ausbau von Pflegeabteilungen außerhalb des klinischen Bereichs soll versucht werden, den hier noch bestehenden erheblichen Bedarf zu decken. Dies gilt unter anderem auch für die Gruppe der chronisch-depravierten Alkoholkranken.

Zur Versorgungskette gehören auch die von den psychisch Kranken/Behinderten besuchten Werkstätten für Behinderte. Aus den psychiatrischen Landeskrankenhäusern besuchen zur Zeit etwa 450 psychisch Kranke/Behinderte solche Werkstätten.

Zu 22.3

Auch in anderen Versorgungsbereichen wurden hinsichtlich der Gleichstellung der psychisch Kranken und Behinderten mit körperlich Kranken Fortschritte erzielt: Hinsichtlich des Taschengeldes ist ein entscheidender Schritt insofern erfolgt, als die festgesetzten Beträge ohne Rücksicht auf den Grund der Unterbringung oder die Art der Einrichtung den Personenkreisen der körperlich Kranken/Behinderten und der psychisch Kranken/Behinderten in gleicher Höhe gewährt werden (Erlaß des Niedersächsischen Sozialministers vom 23. Januar 1972 — I — 20 04 36 — Gültigkeitsliste 30/155; Niedersächsisches Ministerialblatt Nr. 7/1972 S. 193).

Nach dem Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 werden insgesamt 1 008 seelisch Behinderte aus den psychiatrischen Landeskrankenhäusern, den flankierenden Einrichtungen und anderen Behinderteneinrichtungen zu versichern sein. Zu den Versorgungsmaßnahmen bei seelisch Behinderten bzw. psychisch Kranken ist ferner zu vermerken, daß sogenannte Nachtklinikpatienten in psychiatrischen Landeskrankenhäusern nicht vorhanden sind. Es wird vielmehr dem sogenannten „Halbtagsmodell" der Vorzug eingeräumt, das heißt, Patienten der Landeskrankenhäuser wird im Rahmen eines Langzeitprogramms die Möglichkeit gegeben, auch außerhalb der Einrichtung bei Betrieben usw. tätig zu sein, ohne daß ihre Patienteneigenschaft dadurch aufgehoben wird; das Landessozialamt Niedersachsen bleibt überdies weiterhin Kostenträger. Die Anzahl der auf diese Art außerhalb von psychiatrischen Krankenhäusern Beschäftigten wird zur Zeit auf etwa 100 geschätzt.

Zu 22.4

Die Vermehrung der Planstellen für Ärzte, Diplompsychologen, Sozialarbeiter sowie für Angehörige des pflegerischen Dienstes belief sich im Zeitraum 1971 bis 1975 auf 369 Stellen, was einem prozentualen Anteil von 20,2 entspricht.

Die Entwicklung ist auf Grund der angespannten Haushaltslage 1975 deutlich hinter dem Planungsziel zurückgeblieben, so daß auf eine Verbesserung der qualitativen Personalsituation durch intensivierung krankenhausinterner bzw. überregionaler Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen besonderes Gewicht gelegt wird. Die vorhandenen Haushaltsmittel für Fortbildungsmaßnahmen reichen jedoch bei weitem nicht aus, den Anforderungen zu entsprechen.

Zu 22.4.1 und 22.4.2

Die Konzeption für eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildungsordnung zur Fachschwester/Pfleger für Psychiatrie befindet sich in Vorbereitung. Dieses Vorhaben soll zunächst im südniedersächsischen Raum unter Einbeziehung der psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen und der Landeskrankenhäuser Göttingen und Moringen sowie des Psychotherapeutischen Fachkrankenhauses Tiefenbrunn durchgeführt werden.

Zu 22.4.3 und 22.4.4

Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten für Ärzte bestehen schwerpunktmäßig in Verbindung mit den psychiatrischen Universitätseinrichtungen in Göttingen bzw. Hannover bzw. auch im Zusammenwirken der psychiatrischen Landeskrankenhäuser mit dem psychotherapeutischen Spezialkrankenhaus Tiefenbrunn. Haushaltsmäßige Schwierigkeiten, unzureichend ausgestattete Stellenpläne sowie der in einzelnen psychiatrischen Landeskrankenhäusern nur langsame Abbau personeller Engpässe erschweren die Intensivierung dieser Maßnahmen. Diese Feststellungen beziehen sich auch auf die Angehörigen nicht-ärztlicher Heilberufe und sozialer Berufe, wobei noch immer ein erheblicher Mangel an Sozialarbeitern in den Landeskrankenhäusern besteht.

Zusammenfassung

Die von der Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ausgehenden Anstöße für eine umfassende Verbesserung der psychiatrischen Versorgung haben sich auch in Niedersachsen als wesentlich erwiesen und das Problembewußtsein bei den verantwortlichen Instanzen erheblich gefördert. Die dringend erforderlichen, seit Jahrzehnten überfälligen Maßnahmen auf der Grundlage einer Gleichstellung psychisch Kranker bzw. Behinderter mit körperlich Kranken und einer gemeindenahen Versorgung konnten anlaufen und wie aufgezeigt wurde, in verschiedenen Bereichen realisiert bzw. einer Realisierung nähergebracht werden.

Nach Vorliegen des Hauptberichtes der Psychiatrie-Enquete wird die wesentliche Aufgabe der — für die Fortschreibung und Ausführung der Leitlinien und Grundsätze der psychiatrischen Versorgung — Verantwortlichen sich darauf zu konzentrieren haben, das Bewußtsein für den noch immer im Vergleich zur Versorgung körperlich Kranker erheblichen Nachholbedarf wachzuhalten und bei der Aufstellung von Prioritäten trotz der Lage der öffentlichen Haushalte in dem erforderlichen überproportionalen Umfang zu berücksichtigen.

Im Auftrage
Dr. Güde

Psychiatrie-Enquete

14. März 1978

Die Stellungnahme des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland enthält eine abgewogene Aussage, wobei maßgebliche Gesichtspunkte der Bundesländer Berücksichtigung gefunden haben. Diese sind in erster Linie für die Verbesserung dieses wesentlichen gesundheitspolitischen Problembereichs zuständig. Der für psychiatrische Angelegenheiten zuständige Referent meines Hauses ist an der Ausarbeitung dieser Stellungnahme beteiligt gewesen.

Der Inhalt der nachfolgenden Stellungnahme des Landes Niedersachsen kann sich daher auf einige Kernpunkte des Berichtes der Sachverständigen-Kommission beschränken. Er gibt darüber hinaus eine Zusammenfassung über die wesentlichen inzwischen eingetretenen Verbesserungen in der Versorgung psychisch Kranker bzw. seelisch oder geistig Behinderter in Niedersachsen einschließlich der ihnen zugrundeliegenden Konzeptionen.

I. Vorbemerkung

Aus der Sicht Niedersachsens hat der Bericht der Sachverständigen-Kommission eine erste grundsätzliche und umfassende Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gebracht. Er hat die zum Zeitpunkt seiner Abfassung unbestrittenen Mißstände bei der Versorgung psychisch Kranker, vor allem Langzeitkranker dargestellt und somit einen wesentlichen Anstoß zur Weckung des Problembewußtseins gegeben.

Die besonders in ihrer Anfangsphase disparitätisch zusammengesetzte Sachverständigen-Kommission hat versucht, die unterschiedlichen Ausgangspositionen ihrer Mitglieder zu harmonisieren. Dies hat dazu geführt, daß für wesentliche Bereiche Kompromisse geschlossen werden mußten, wobei es nicht immer gelungen ist, die an sich notwendigen Klärungen herbeizuführen bzw. zumindest zu einer Klärung beizutragen. In diesem Zusammenhang sind vor allem die Problembereiche „Psychotherapie/Psychosomatik", „Krankheitsbegriffe in der Psychiatrie" und „Kinder- und Jugendpsychiatrie" zu nennen. Außerdem sind wir der Auffassung, daß die niedergelassenen Nervenärzte in der Kommission nicht ausreichend berücksichtigt worden sind, insbesondere, weil sie die ambulante Versorgung der psychisch Kranken zu tragen haben.

Die Analyse des damaligen Istzustandes weitete sich der Natur der Sache entsprechend auf verschiedene Grenz- und Nachbargebiete der Psychiatrie aus. Der Schlußbericht hat deshalb den Eindruck

hinterlassen, daß sich die Kommission weit von ihrem ursprünglichen Auftrag und Anliegen entfernt hatte. Andererseits war das Fehlen harter Daten nur ein Beweis für den dringend aufzuholenden Nachholbedarf. Die Darstellung der Sachverständigen-Kommission bezieht sich notwendigerweise auf eine Ausgangslage, die, was Niedersachsen anbetrifft, als bereits weitgehend überholt bezeichnet werden kann. Eine solche Aussage bedeutet jedoch nicht, daß sich schon alle Bereiche der Versorgung psychisch Kranker bzw. seelisch oder geistig Behinderter in einem Zustand befinden, bei dem nur noch eine Fortschreibung oder eine Anpassung an neue therapeutische oder sonstige Erkenntnisse notwendig wäre. Der Prozeß der Gleichstellung der Versorgung psychisch Kranker mit der somatisch Kranker ist noch nicht abgeschlossen.

Niedersachsen geht davon aus, daß sich innerhalb eines Zeitraumes von etwa 5 bis 10 Jahren erweisen muß, inwieweit bestimmte Grundsätze der Psychiatrie-Enquete den Erwartungen entsprochen haben, ob eine Klärung der offenen Fragen möglich ist, und in welchem Umfang vor allem die Gesamtkonzeption einer vorwiegend ortsnah orientierten, den ambulanten Bereich stärker als den stationären betonenden Versorgung einer kritischen Betrachtung bedarf. Dabei zeigt sich schon jetzt, daß haushaltspolitisch Grenzen erreicht sind und demzufolge Prioritätsentscheidungen immer mehr in den Vordergrund rücken. (Schon jetzt müssen u. a. auch Zweifel in der Richtigkeit bestimmter Betten-Meßziffern aus dem Abschlußbericht geäußert werden.)

Die Psychiatrie-Enquete hat zwar in verschiedenen Bereichen den Versuch gemacht, zu allgemeinen gesundheitspolitischen Fragen Stellung zu nehmen. Dennoch befriedigt ein großer Teil dieser Aussagen nicht. Aus niedersächsischer Sicht bedarf es intensiver Diskussionen über den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie und seiner Auswirkungen für die Planung der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen: Nicht jeder in der Enquete als behandlungs- oder wenigstens beratungsbedürftig angesprochene Mitbürger ist von vornherein als krank oder behindert zu bezeichnen; nicht in jedem Fall bedarf es also einer Einschleusung in ein komplexes Beratungs- oder Behandlungssystem, nicht überall sind die geforderten Behandlungsketten notwendig. Es besteht der Eindruck, daß die Psychiatrie-Enquete zu sehr nur „reagiert" auf scheinbar unabdingbare Prozentzahlen von Beratungs- und Behandlungsbedürftigen, und daß sie im Vorfeld aller solcher Dienste zu wenig auch auf die Mitverantwortung der Psychiatrie hinweist, Mißstände und Fehlentwicklungen im gesellschafts-, familien- oder schulpolitischen Feld anzugehen. Es wäre nötig gewesen, nicht nur die Zahl der beratungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen oder die wachsende Anzahl der Alkoholkranken zu registrieren, sondern Vorschläge darüber zu unterbreiten, welche Maßnahmen aus der Sicht der Psychiatrie geeignet wären, solchen besorgniserregenden Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. So bleibt ein von der Sachverständigen-Kommission nicht gelöster Widerspruch zwischen der Forderung nach immer mehr und immer besseren Beratungs- und Behandlungsdiensten und den vorhandenen bzw. innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes zur Verfügung stehenden bzw. haushaltspolitisch vertretbaren personellen und materiellen Ressourcen. In diesem Zusammenhang muß z. B. die Forderung nach der Wirksamkeit oder der Indikationsbreite kostenaufwendiger psychotherapeutischer Verfahren erwähnt werden, worauf der Ständige Arbeitskreis der Psychiatriereferenten ebenfalls hingewiesen hat. Das Problem, daß jedes neue Beratungsangebot innerhalb eines bestimmten „anfälligen", nicht eigentlich jedoch „kranken" Klientels eine bestimmte Begehrlichkeit zu wecken in der Lage ist — dies wiederum zu Lasten bestimmter besonders bedürftiger, aber zu einer öffentlichkeitswirksamen Darstellung nicht fähiger Gruppen — wird ebenfalls ausgeklammert.

Es stellt sich somit unausweichlich die Frage nach dem Stellenwert der Psychiatrie und des Psychiaters in einer pluralistischen Gesellschaft.

Für die eine Gruppe dürfte es sich um eine Besinnung bzw. Rückbesinnung auf die Einbettung dieser medizinischen Disziplin in den Gesamtkomplex der Allgemeinmedizin handeln. Andere werden solche Auffassungen als von der Entwicklung überholt verwerfen. Sie werden von einem umfassenden gesellschaftspolitischen Auftrag der Psychiatrie ausgehen („Soziater"). Ob es noch möglich ist, eine Kompromißformel zu finden, in der sich allen in der Psychiatrie Tätigen die Notwendigkeit erschließt, daß es primär um das Einzelschicksal des brtoffenen Kranken oder Behinderten geht, bleibt offen. Dabei wird niemand übersehen, daß jede Form einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung unmittelbar in das Schicksal der Familie und in das berufliche Feld des Betroffenen eingreift und Spuren (nicht selten auch Verwüstungen!) hinterläßt. Diese Aufgaben am einzelnen sollten in manchen Einrichtungen wieder ernster genommen werden. Die verbleibende Zeit wird dennoch ausreichen müssen, um das Problembewußtsein der Verantwortlichen wachzuhalten für die das individuelle Schicksal übergreifenden Kausalitätsbezüge psychischer Erkrankungen. Es muß möglich sein, hier wieder zu klareren Aussagen über Prioritäten zu gelangen. Der psychisch Kranke darf nicht das Opfer einer falsch verstandenen Politisierung werden, nicht Objekt gesellschaftspolitischer Auseinandersetzungen oder Vehikel bestimmter Sozialutopien, die das Heil in der Verdrängung von Krankheit und Schicksal oder in der Möglichkeit einer grenzenlosen Manipulierbarkeit alles Menschlichen sehen oder behaupten, daß etwa nur die Klassen- oder Schichten-Spezifität über Verlauf oder Prognose von Krankheit oder Behinderung entscheiden.

Die Weckung und die erforderliche Wachhaltung des Problembewußtseins für die Belange psychisch Kranker darf auch keine Nivellierung der Verantwortung des einzelnen für sich und seinen Nächsten bedeuten. Es muß stärker als bisher betont werden, daß nicht nur körperliche, sondern vor allem auch seelische Gesundheit zu einem nicht unerheblichen Teil von jedem einzelnen die Anspannung aller Kräfte erfordert, sein Leben sinnvoll zu gestalten und sich seiner individuellen, familiären

und gesellschaftlichen Verantwortung bewußt zu sein. Damit ist gleichzeitig einem wachsenden Anspruchsdenken des Bürgers gegen den Staat zu begegnen, welches mit einem ständigen Abbau von Selbstverantwortung, Mitverantwortung und Eigeninitiative einhergeht. Eine bewußt falsch angelegte Lebensführung kann nicht für alle Zeiten von einer mehr oder weniger anonymen Solidargemeinschaft getragen werden, weil sonst der Staat als Organisationsform der Gemeinschaft dieser Bürger auf die Dauer Schaden leidet.

Unbeschadet dieser gewichtigen Einschränkungen betrachtet Niedersachsen den Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland als eine wertvolle Hilfe für eine weitere Verbesserung im ambulanten und stationären psychischen Versorgungsbereich. Niedersachsen teilt mit dem Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder die Überzeugung, daß die von der Enquete ausgegangene publizistische Breitenwirkung zu einer wesentlichen Beschleunigung der Befriedigung des großen Nachholbedarfs beigetragen hat. Niedersachsen hofft und erwartet, daß es in einer immer enger werdenden Zusammenarbeit mit den ärztlichen Berufsorganisationen, den Spitzenverbänden der Kommunen, den Trägern der freien Wohlfahrtspflege und allen anderen Sozialleistungs- bzw. Sozialhilfeträgern gelingen wird, in der Bundesrepublik Deutschland einen Zustand der Versorgung psychisch Kranker bzw. seelisch oder geistig Behinderter zu erreichen, der sowohl der historischen Entwicklung der medizinischen Wissenschaft in diesem Land als auch den Ansprüchen eines Kulturvolkes gerecht wird.

II.

Was die niedersächsischen Verhältnisse angeht, so stellt sich die *Ausgangsglage* wie folgt dar:

In seiner Regierungserklärung vom 25. Februar 1976 hat der Niedersächsische Ministerpräsident, Dr. Ernst Albrecht, folgende grundsätzliche Stellungnahme abgegeben:

„Vor allem aber beabsichtigt die Landesregierung, kurzfristig eine Verbesserung der teilweise noch immer menschenunwürdigen Lebens- und Unterbringungsbedingungen in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern herbeizuführen.

Jahrelang haben wir die Zustände in unseren Landeskrankenhäusern gebrandmarkt. Jetzt werden wir beweisen, daß Besserung möglich ist, wenn man nur will."

Die Landesregierung hat zu diesem Zweck — allein für die Sanierungs- und die erforderlichen Ersatz- bzw. Neubaumaßnahmen in den niedersächsischen psychiatrischen Landeskrankenhäusern — 1976 insgesamt 57 Millionen DM, 1977 jedoch mit fast 71 Millionen DM den höchsten Betrag seit der Gründung des Landes zur Verfügung gestellt.

Der Haushaltsplanentwurf 1978 enthält einen Ansatz in Höhe von rd. 48 Millionen DM.

In der mittelfristigen Planung sind für die Haushaltsjahre 1979, 1980 und 1981 Beträge von jeweils 31,227 Millionen DM, 43,811 Millionen DM und 52,107 Millionen DM vorgesehen.

Damit ist ein zügiger Abschluß der noch erforderlichen Sanierungsmaßnahmen möglich.

Die Überbelegung der Mehrzahl der psychiatrischen Krankenhäuser konnte nicht zuletzt durch den in den letzten Jahren erfolgten Ausbau eines Netzes von Übergangs-, Wohn- und Pflegeheimen (derzeitiger Bestand rund 2 400 Plätze) weitgehend beseitigt werden. Deswegen ließen sich von 1978 an sämtliche in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern ausgewiesenen Planbetten nunmehr zu 100 v. H. in die Förderung nach dem KHG einbeziehen. Dadurch war weiterhin eine Verbesserung des Stellenschlüssels der verschiedenen Berufsgruppen und sekundär eine Verstärkung der therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten sowie eine Einflußnahme auf die Verweildauer in den landeseigenen psychiatrischen Krankenhäusern möglich.

Die in diesem Umfang nicht vorhersehbare Ausweitung der Suchtkrankheiten, insbesondere des Alkoholismus, erfordert jedoch einen erheblichen Mehrbedarf an differenziert gegliederten ambulanten und stationären Behandlungangeboten. Darüber hinaus muß auch die Versorgungssituation bei verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen und bei psychisch kranken alten Menschen noch als teilweise unzulänglich bezeichnet werden.

Als Entwicklungstendenz zeichnet sich auch in Niedersachsen sowohl ein verbessertes Angebot im Hinblick auf die Rehabilitationsmöglichkeiten als auch im Hinblick auf die Realisierung des Grundsatzes einer möglichst ortsnahen Versorgung ab. Aus grundsätzlichen Erwägungen wird jedoch in einzelnen Bereichen, wie etwa dem Maßregelvollzug und der Versorgung mehrfach Behinderter, auf eine überregionale Spezialisierung nicht verzichtet werden. Mit der Angliederung psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäuser ist begonnen worden (Emden, Quakenbrück). Dies führt zu einer teilweisen Verlagerung der Zuständigkeiten auf die Landkreise und die kreisfreien Städte.

Als Zielvorstellung ergibt sich für Niedersachsen insbesondere die Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation durch eine Vermehrung der Zahl der niedergelassenen Nervenärzte über bestimmte Ballungsgebiete hinaus. Jedoch ist in diesem Zusammenhang immer wieder darauf hinzuweisen, daß die für die einzelnen Bezirksstellenbereiche der kassenärztlichen Versorgung auszuweisenden unterschiedlichen Verhältniszahlen „Arzt : Einwohner" keine sichere Beantwortung der Frage nach dem Versorgungsgrad der jeweiligen Region zulassen. Diese Aussage steht ebenfalls in einem gewissen Widerspruch zu den Schlußfolgerungen der Psychiatrie-Enquete. Die niedergelassenen Nervenärzte bilden das Rückgrat der ambulanten Versorgung.

Die Landesregierung verfolgt z. Z. mit Nachdruck die Umstrukturierung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser zu echten psychiatrischen Behandlungszentren. Die meisten dieser Krankenhäuser (Göttingen, Lüneburg, Wunstorf, Osnabrück, Olden-

burg, Hildesheim) zeichnen sich durch ihre ortsnahe Lage aus, so daß der Ausbau eines komplementären Netzes angegliederter psychiatrischer Fachabteilungen vor allem in solchen Regionen erforderlich ist, bei denen der Bedarf durch vorhandene psychiatrische Krankenhäuser nicht ortsnahe abgedeckt werden kann. Dabei werden Krankenhäuser oder zumindest Teilbereiche von Krankenhäusern, die für die allgemeinmedizinische Versorgung entbehrlich sind, in Anspruch genommen. Insbesondere im westlichen Niedersachsen sind einige kleinere Krankenhäuser teilweise als sogenannte flankierende psychiatrische Einrichtungen für die Versorgung psychisch Alterskranker bzw. für Alkoholkranke genutzt worden. Weiter bestehen im fortgeschrittenen Stadium befindliche Planungen, in nicht mehr ausreichend genutzten Kinderkliniken Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie einzurichten: zum Teil in Verbindung mit der Generalsanierung der in den gleichen Orten vorhandenen psychiatrischen Landeskrankenhäusern (z. B. Osnabrück). Niedersachsen wird in Hildesheim eine den Anforderungen eines jugendpsychiatrischen Zentrums entsprechende Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie errichten (ca. 150 Betten). Diese Klinik wird voraussichtlich im Frühjahr 1980 aufnahmebereit sein. Die vorhandenen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen bemühen sich um einen Ausbau ihrer ambulanten Funktionen in Verbindung mit den ambulanten und stationären Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe.

Die Zielplanungen für den Versorgungsbereich der Suchtkranken sehen den Ausbau eines Netzes von Fachambulanzen und einer Verbesserung der stationären Behandlungsmöglichkeiten vor.

Die niedersächsischen Maßregelvollzugseinrichtungen(Landeskrankenhaus Moringen, Verwahrungshaus Göttingen, Fachabteilung Bad Rehburg) werden zur Zeit durch entsprechende Sanierungsmaßnahmen in die Lage versetzt, den besonderen Anforderungen gerecht zu werden.

Wie in der Stellungnahme des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder zum Ausdruck gebracht wurde, hat dieser unter Federführung des Niedersächsischen Sozialministeriums eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die inzwischen den Rahmenentwurf eines Maßregelvollzugsgesetzes fertiggestellt hat. (Der Entwurf ist als Anlage einschließlich der Begründung beigefügt.) Es wird die Erwartung geäußert, daß hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen des Maßregelvollzugs auf der Grundlage dieses Rahmenentwurfs eine möglichst einheitliche Regelung in allen Bundesländern erfolgt.

Die Ablösung des Polizeirechts durch ein den Fürsorgegedanken betonendes Niedersächsisches Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen wird zu einer Verbesserung der Unterbringungsvoraussetzungen für diejenigen psychisch Kranken führen, bei denen infolge fehlender Krankheitseinsicht oder Besonderheiten ihres Krankheitsverlaufes nicht von dem Vorhandensein des entsprechenden natürlichen Willens ausgegangen werden kann. Dieser Entwurf, der sich zur Zeit in der Schlußphase der parlamentarischen Beratungen befindet, wird im übrigen differenzierte Regelungen für die Hilfen im Vorfeld einer Unterbringung und für ein gegliedertes System der nachgehenden Versorgung enthalten.

III.

Wiederum unter Hinweis auf die von Niedersachsen weitgehend zu übernehmenden Schlußfolgerungen der Stellungnahme des StAK *) der Psychiatriereferenten sollen im folgenden einige ausgewählte Bereiche der stationären und ambulanten Versorgung angesprochen werden:

1. Eine Stellungnahme zur *Planungsstudie,* die im Auftrage des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit von einer Planung-GmbH. vorgelegt wurde und somit nicht auf eine unmittelbare Initiative der Sachverständigen-Kommission zurückgeht, kann sich nur mit den wesentlichen Gesichtspunkten dieser Arbeit befassen:

   In Übereinstimmung mit der Auffassung des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten wird der Versuch, die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission in Projektkostenanalysen, Planungsvarianten und Bemessungsempfehlungen umzusetzen, als verdienstvoll bezeichnet. Bei Planungen für verschiedene Fachbereiche lassen sich der Studie bestimmte, teilweise gut verwertbare Hinweise entnehmen; andererseits bedarf die Studie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit einer ebenso kritischen Bewertung, wie sie zu den Grundlagen des Berichtes über die Lage der Psychiatrie bereits dargestellt wurde.

2. Die in der Enquete enthaltenen *Empfehlungen für den Ausbau ambulanter Beratungsdienste* (Ziffer 3.1, S. 18) bedürfen einer kritischen Analyse. Niedersachsen hält eine bessere Koordinierung vorhandener Dienste für wesentlicher als einen forcierten Ausbau solcher Einrichtungen. Trotz der schwierigen Situation des öffentlichen Gesundheitsdienstes sieht beispielsweise der o. a. angeführte Entwurf eines Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen vor, den Gesundheitsämtern eine solche koordinierende Funktion für die sozial-psychiatrischen Beratungstellen einschließlich von Möglichkeiten der Delegationen bestimmter Aufgaben zu übertragen.

3. Was die *Situation der niedergelassenen Nervenfachärzte* als Rückgrat der ambulanten Versorgung angeht, so ergibt die Strukturanalyse der kassenärztlichen Versorgung in Niedersachsen nach dem Stand vom 31. März 1977 folgendes Bild:

   175 Nervenärzte sind zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen. Daraus läßt sich ableiten,

*) Ständiger Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder.

daß auf jeden niedergelassenen Nervenarzt 41 438,8 Einwohner entfallen. Der Bundesdurchschnitt wird für den gleichen Stichtag mit einem Durchschnitt von 38 312,3 Einwohnern bewertet. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind bisher in Niedersachsen nicht niedergelassen. Unter Berücksichtigung des Grundsatzes, daß der niedergelassene Nervenarzt als gemeindenaheste Institution für psychisch Kranke zu bezeichnen ist, wird hier eine weitere bedarfsgerechte Vermehrung angestrebt. Diesem Versorgungsbereich wird eine größere Bedeutung eingeräumt als den nichtärztlichen Beratungsdiensten. In einem Flächenland spielt darüber hinaus der niedergelassene Arzt für Allgemeinmedizin eine wichtige Rolle für die Versorgung psychisch Kranker. Die Bemühungen der Ärztekammer Niedersachsen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, eine entsprechende Fortbildung zu verstärken, sind daher besonders zu würdigen.

4. *Ambulante Dienste in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen* (s. Enquete Ziffer 3.2.2, S. 19) wurden in einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern auf der Grundlage der inzwischen gegebenen Möglichkeiten der RVO eingerichtet. Hierbei wird entscheidender Wert auf die Bedarfsanalyse im Hinblick auf die niedergelassenen Nervenfachärzte und ebenso darauf Wert gelegt, daß es durch eine solche Beteiligung an ambulanten Diensten nicht zu einer Verschlechterung der stationären Versorgung der beteiligten Krankenhäuser selbst kommt.

5. Der Komplex, mehr qualifizierte *psychotherapeutische Behandlungsangebote* (Ziffer 3.2.3, S. 19) zu schaffen, bedarf einer kritischen Auseinandersetzung im Hinblick auf die Bedarfsermittlung, die Indikationsstellung, die nachgehende Versorgung und die Einbeziehung in den allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Bereich. Hier fehlen weitgehend die erforderlichen harten Daten. Hervorzuheben ist, daß das Land Niedersachsen im Landeskrankenhaus Tiefenbrunn bei Göttingen seit Jahren die erste landeseigene psychotherapeutisch/psychosomatische Fachklinik auf Bundesebene unterhält und in den letzten Jahren durch umfangreiche Baumaßnahmen zu einer wesentlichen Verbesserung der dortigen Behandlungsmöglichkeiten, aber auch zur Weiterbildung im Bereich der analytischen Psychotherapie beigetragen hat.

   Hervorzuheben sind darüber hinaus der Neubau einer in der Trägerschaft des Caritas-Verbandes Oldenburg befindlichen psychotherapeutischen/psychosomatischen Spezialklinik (Clemens-August-Klinik, Neuenkirchen Landkreis Vechta) sowie die Förderung kleinerer stationärer psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen in Ballungsgebieten.

   Für Kinder und Jugendliche stehen Sonderabteilungen sowohl im Landeskrankenhaus Tiefenbrunn als auch in der Clemens-August-Jugend-Klinik bzw. in der Kinderheilanstalt Hannover sowie in Oldenburg und Wilhelmshaven zur Verfügung. Niedersachsen schließt sich mit besonderem Nachdruck der Forderung des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten an, durch gezielte Forschungsaufträge zur Konkretisierung der o. a. offenen Fragen im Hinblick auf die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung beizutragen, wobei vor allem auch die Mitarbeit der beiden Universitätseinrichtungen (Med. Hochschule Hannover und Universität Göttingen) erwartet wird.

6. Der Schwerpunkt der *stationären psychiatrischen Versorgung* (Ziffer 3.3, S. 20) liegt in Niedersachsen, wie oben ausführlich dargestellt wurde, bei den vorhandenen psychiatrischen Landeskrankenhäusern, ohne daß dadurch eine Abkehr von dem Grundprinzip einer möglichst ortsnahen Versorgung erfolgt. Die in Emden einzurichtende angegliederte psychiatrische Fachabteilung mit zunächst 120 Betten wird auf ein Netz vorhandener flankierender Einrichtungen zurückgreifen können und insoweit den Empfehlungen der Enquete entsprechen. In anderen Orten (z. B. Quakenbrück) werden solche angegliederte Fachabteilungen entweder geplant oder innerhalb kurzer Zeit betriebsbereit sein.

   Hervorgehoben werden muß die für die Bundesrepublik Deutschland modellhafte Versorgung des Großraums Hannover durch vier psychiatrische Fachkrankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft (Landeskrankenhaus Wunstorf, Med. Hochschule Hannover, Städt. Nervenklinik Langenhagen, Wahrendorffsche Krankenanstalt Ilten). Dabei sind die Bemühungen der Medizinischen Hochschule Hannover um die kritische Analyse der Einbeziehung von Universitätseinrichtungen in eine ortsnahe psychiatrische Versorgung hervorzuheben.

7. Den Forderungen nach einer *Verbesserung des therapeutischen Milieus in den psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen* (Ziffer 3.3.2, S. 21) trägt Niedersachsen in vollem Umfang Rechnung. Der StAK der Psychiatriereferenten hat jedoch zu Recht auf die Forderung hingewiesen, daß in bestimmten Bereichen im Interesse der betroffenen psychisch Kranken auf eine intensive Überwachung nicht verzichtet werden kann und auch die Gesichtspunkte der öffentlichen Sicherheit und Ordnung vor allem für die Maßregelvollzugseinrichtungen besonders wichtig sind.

   Einer grundsätzlich gemischtgeschlechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen steht Niedersachsen kritisch gegenüber. Dies gilt auch für den psychotherapeutischen/psychosomatischen oder den Bereich der Suchtkranken.

8. Zur Frage der Notwendigkeit des *Fachbeirates* (Ziffer 3.3.3, S. 21) werden in Niedersachsen z. Z. im Zusammenhang mit dem Abschluß der parlamentarischen Beratungen über den Entwurf eines Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke

und Schutzmaßnahmen ergänzende Überlegungen angestellt. Zum jetzigen Zeitpunkt ist jedoch eine abschließende Aussage darüber noch nicht möglich, ob ein solcher Beirat eingerichtet wird, oder ob es zur Institutionalisierung eines parlamentarischen Unterausschusses kommen wird, der sich ausschließlich mit Fragen der psychiatrischen Versorgung befaßt.

9. Dem *Auf- und Ausbau teilstationärer Dienste* (Ziffer 3.4, S. 22) kommt innerhalb eines Flächenstaates eine unterschiedlich hohe Bedeutung zu: Hier ist insbesondere Wert darauf zu legen, daß städtische Ballungsbereiche und ländliche Versorgungsgebiete gleichrangig behandelt werden, wodurch sich von vornherein bestimmte Einschränkungen ergeben. In Niedersachsen werden z. Z. an bestimmten Schwerpunkten unter Einschluß psychiatrischer Landeskrankenhäuser die bisherigen Erfahrungen analysiert.

10. Niedersachsen hat sich mit Nachdruck dem Ausbau *komplementärer Dienste* (Ziffer 3.5, S. 22) gewidmet. Es ist — wie bereits ausgeführt wurde — zum Ausbau eines Netzes von Übergangs-, Wohn- und Pflegeheimen mit einem derzeitigen Bestand von etwa 2 400 Plätzen gekommen. Im Interesse der Aufrechterhaltung einer Behandlungskontinuität stehen diese Einrichtungen in einem engen funktionalen Zusammenhang mit den regionalen psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Kliniken. Die fachärztliche Versorgung erfolgt auf vertraglicher Basis, vorwiegend durch Ärzte der psychiatrischen Krankenhäuser. Z. Z. befindet sich dieser Bereich in einer Phase der Konsolidierung. Dabei spielen vor allem Fragen der Weiterbildung und Fortbildung des Personals dieser Einrichtungen eine wichtige Rolle. Ferner besteht die Absicht, diese Einrichtungen, die sich zu einem großen Teil in privater Trägerschaft befinden, in einer geeigneten Organisationsform zusammenzufassen. Ferner wird der Versuch gemacht, eine stärkere Differenzierung dieser Einrichtungen zu erreichen. Als schwierig hat sich die Funktionsfähigkeit von Wohn- bzw. Pflegeheimen für die Gruppe der sog. chronisch depravierten Alkoholkranken erwiesen, insbesondere dann, wenn bei dem betroffenen Personenkreis die Bereitschaft zum freiwilligen Verbleib in solchen Einrichtungen nicht langfristig vorausgesetzt werden kann. Probleme der Personalausstattung und Qualifizierung stellen darüber hinaus ein wesentliches Kriterium für die Entscheidung dar, bis zu welchem Schwierigkeitsgrad psychisch Langzeitkranke in komplementäre Einrichtungen verlegt werden können. Kritisch beurteilt wird der weitere Ausbau eines Netzes von Übergangsheimen: In einer nicht geringen Anzahl der Fälle hat sich herausgestellt, daß sich der Übergangscharakter häufig in den einer längerfristigen Unterbringung wandelt.

11. In Niedersachsen besteht ein gut ausgebautes Netz von *Werkstätten für Behinderte* (Ziffer 3.6.1, S. 23). Z. Z. stehen in diesen Werkstätten rd. 7 200 Plätze zur Verfügung, weitere 800 Plätze befinden sich im Bau.

    Die Schwierigkeiten bezüglich der Anerkennung von entsprechenden Werkstattbereichen innerhalb psychiatrischer Krankenhäuser hat Niedersachsen zum Anlaß einer Initiative in der Arbeitsministerkonferenz genommen. Durch diese Initiative sollen diese Einrichtungen eine entsprechende Anerkennung nach dem Schwerbehindertengesetz finden, wodurch vor allem die sich zunehmend abzeichnenden Schwierigkeiten in der Auftragsbeschaffung reduziert werden könnten.

    Die Gesamtproblematik des in den anerkannten Werkstätten für Behinderte vorrangigen Produktivitätsgedankens ist von der Sachverständigen-Kommission ausführlich dargelegt worden. Diese Auffassungen werden von Niedersachsen unterstützt.

12. Für den Bereich *Kinder- und Jugendpsychiatrie* wird zunächst auf die allgemeinen Bemerkungen in dieser Stellungnahme Bezug genommen. Die Forderung nach einer Verbesserung dieses Versorgungsbereiches (Ziffer 3.7.1, S. 24) wird zwar grundsätzlich unterstützt, jedoch erscheint eine Überprüfung des Bedarfs dringend erforderlich, um Fehlplanungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu verhindern. Eine ausreichende Anzahl von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie eine ausreichende Anzahl von Psychotherapeuten für diesen Bereich steht nicht zur Verfügung. Die Erwartungen, die an die Einführung der Gebietsbezeichnung „Kinder- und Jugendpsychiatrie" geknüpft worden sind, haben sich bisher nicht erfüllt. Auch in Niedersachsen hat sich bisher kein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie niedergelassen. Die Besetzung der diesbezüglichen Stellen in den stationären Einrichtungen bereitet noch immer nicht unerhebliche Schwierigkeiten. Eine ausreichende Abklärung der Möglichkeiten, freiwerdende Ressourcen aus dem Bereich der Pädiatrie in dieses Versorgungsgebiet einzubeziehen, stößt seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf teilweise berechtigte, teilweise jedoch auch schwer verständliche Schwierigkeiten. Dabei ist von der Erkenntnis auszugehen, daß sich die Pädiatrie zunehmend der Probleme verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher annimmt und auch der Bereich der „Neuropädiatrie" sowie der „Psychosomatik" bei Kindern und Jugendlichen zunehmend an Bedeutung gewinnt. Eine sinnvolle Kooperation ist nach Ansicht Niedersachsens unerläßlich.

    Im stationären Bereich wird z. Z. mit dem Neubau eines kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrums in Anlehnung an das Niedersächsische Landeskrankenhaus Hildesheim begonnen. Kombinationslösungen zwischen Kinderkliniken und Landeskrankenhäusern sind bei der Darstellung der Ausgangslage in Niedersachsen beschrieben worden. Mit Nachdruck wird die Forderung wiederholt, die Zusammenarbeit al-

ler bereits vorhandenen Einrichtungen der Jugend- und Sozialhilfe mit klinischen und ambulanten Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verstärken, dabei der Verbesserung der Versorgung dissozialer Kinder und Jugendlicher eine besondere Bedeutung beizumessen und die Unklarheiten über die Zuständigkeit für diesen zuletzt genannten Personenkreis zu beseitigen.

13. Die *Versorgung psychisch kranker alter Menschen* (Ziffer 3.7.2, S. 25) hat die Landesregierung von Anfang an als besonders vordringlich bezeichnet. Dies hat sich niedergeschlagen in der intensiv betriebenen Verbesserung der Unterbringungsbedingungen für diesen Personenkreis in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und den sonstigen stationären Versorgungseinrichtungen.

    Durch die Umstrukturierung kleiner für die allgemeinmedizinische Versorgung entbehrlicher Krankenhäuser oder Abteilungen, besonders im westlichen Landesteil, war es möglich, der Forderung nach einer ortsnahen Versorgung dieses Personenkreises in zunehmendem Umfang Rechnung zu tragen.

    Der von Niedersachsen mit Nachdruck betriebene Ausbau der Sozialstationen trägt zu einer Verbesserung der ambulanten Versorgung psychisch kranker alter Menschen bei: Es ist möglich, bei einigermaßen günstiger Prognose die Entlassung aus stationärer Behandlung zu beschleunigen, wenn die nachgehende Betreuung durch entsprechende gemeindenahe Dienste sichergestellt ist.

    Insgesamt gesehen ist zu betonen, daß die stationäre Behandlung psychischer Alterskrankheiten in engem Zusammenhang mit den in der Mehrzahl der Fälle gleichzeitig vorhandenen körperlichen Grundkrankheiten beurteilt werden muß, so daß sich eine stärkere Verzahnung der Behandlung anbietet.

    Der Gesamtkomplex ist im übrigen Gegenstand eines in Kürze von der Landesregierung vorzulegenden Altenplanes.

    Die Schaffung einer eigenen Gebietsbezeichnung „Geriatrie" ist von dem Vertreter Niedersachsens in der Sachverständigen-Kommission in einem Sondervotum als nicht zweckmäßig bezeichnet worden. Der Ständige Arbeitskreis der Psychiatriereferenten hat sich dieser Auffassung weitgehend angeschlossen. Es erscheint vordringlich, die Kenntnisse über Alterskrankheiten in allen medizinischen Disziplinen stärker zu berücksichtigen und auch durch gezielte Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte für Allgemeinmedizin die Möglichkeiten zur Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Alterskrankheiten zu verstärken.

14. Der Komplex der ambulanten und stationären Versorgung der *Suchtkranken* (Ziffer 3.8.1, S. 26) ist Gegenstand eines ebenfalls in Kürze von der Landesregierung vorzulegenden Planes. Hierbei hat sich die enge Zusammenarbeit mit der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren als besonders positiv erwiesen. Niedersachsen fordert sowohl den Aufbau eines Netzes von Fachambulanzen als auch den Ausbau stationärer Behandlungseinrichtungen sowohl der Freien Träger als auch in den Sonderfunktionsbereichen der psychiatrischen Krankenhäuser. Es wird an dem Grundsatz festgehalten, daß für die Mehrzahl der Suchtkranken eine lebensbegleitende Betreuung erforderlich ist, wobei den Selbsthilfegruppen eine besondere Bedeutung zukommt.

    Die besonderen Probleme der Versorgung depravierter Suchtkranker sind bereits weiter oben behandelt worden.

15. Die Probleme der *Selbstmordgefährdeten* (Ziffer 3.8.2, S. 26), der *hirnorganisch Anfallskranken* (Ziffer 3.8.4), der *Hirnverletzten* (Ziffer 3.8.5) und der *Nichtseßhaften* (Ziffer 3.8.6) sind vom Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten in voller Übereinstimmung mit der Auffassung Niedersachsens als gruppenspezifisch bezeichnet worden. Die Auffassung, daß nur in den wenigsten Fällen besondere Einrichtungen erforderlich sind, wird in vollem Umfang unterstrichen. Durch die Angliederung und den Ausbau neurologischer Funktionsbereiche an die psychiatrischen Landeskrankenhäuser wird der Forderung nach einer engen Verpflichtung zwischen Neurologie und Psychiatrie Rechnung getragen.

16. Die Versorgung *psychisch kranker Straftäter* (Ziffer 3.8.3, S. 26) ist ein besonderes Anliegen der Landesregierung:

    Die Niedersächsischen Meßregelvollzugsanstalten (LKH Moringen, Verwahrungshaus des LKH Göttingen, Fachabteilung Bad Rehburg des LKH Wunstorf) werden z. Z. umstrukturiert, um den entsprechenden Anforderungen Rechnung zu tragen.

    Niedersachsen hat im übrigen die Federführung für die Erarbeitung eines Rahmenentwurfs eines Maßregelvollzugsgesetzes im Auftrag des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten übernommen. Die Arbeitsgruppe hat inzwischen ihre Tätigkeit abgeschlossen. Der Entwurf einschließlich der Begründungen ist dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt. Niedersachsen erwartet, daß es bei der Gleichartigkeit der Aufgabenstellungen innerhalb der einzelnen Bundesländer zu einer möglichst weitgehenden Übereinstimmung bei der zukünftigen gesetzlichen Regelung kommen wird; zumal sich immer wieder die Notwendigkeit ergeben wird, bestimmte Gruppen psychisch kranker Straftäter in anderen Bundesländern unterzubringen.

    Ein Beispiel stellt die unter Federführung Niedersachsens betriebene Einrichtung einer Maßregelvollzugsanstalt für straffällig gewordene Jugendliche und heranwachsende Drogenabhängige nach § 93 a JGG dar (Brauel, Landkreis Rotenburg/Wümme).

Im übrigen wird den grundsätzlichen Feststellungen des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten, was die Abstufung der Vollzugsbedingungen, die Personalausstattung und die Grundsatzfragen der Begutachtung angeht, ebenso zugestimmt wie den Forderungen nach einer Verstärkung der Forschung im forensischen Bereich.

Niedersachsen hat sich bei seinen Planungen bisher bewußt auf die drei o. a. Maßregelvollzugseinrichtungen und deren Ausbau begrenzt. Bei der Entwicklung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser zu überwiegend offenen ortsnahen Behandlungszentren verdient die Frage zunehmend Beachtung, ob nicht die Angliederung kleinerer Sonderbereiche zur Unterbringung psychisch kranker Straftäter diese möglicherweise in eine negative Randlage bringen würde.

17. Die *Versorgung geistig Behinderter* geschieht in Niedersachsen im stationären Bereich vor allem in den größeren Einrichtungen, vor allem kirchlicher Träger. Allerdings sind die psychiatrischen Landeskrankenhäuser nach wie vor belastet mit einer Gruppe schwerverhaltensauffälliger geistig Behinderter, zum Teil jüngeren Lebensalters. Bei den Trägern der nichtlandeseigenen stationären Einrichtungen für die Versorgung geistig Behinderter verstärkt sich jedoch erfreulicherweise die Tendenz, ihrem caritativen Auftrag entsprechend sich wieder in verstärktem Umfang der Betreuung dieser schwer Verhaltensauffälligen zu widmen. Hilfreich erscheint dabei die von verschiedenen Trägern geäußerte Absicht, in den größeren Einrichtungen klinische Bereiche zur Aktivierung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen einzurichten (z. B. Rotenburger Anstalten). Eine bessere Verzahnung zwischen teilstationären und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe kann gefördert werden durch die Schaffung von Möglichkeiten, auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen stärker in ein solches Verbundsystem einzugliedern.

Den Ausführungen des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten über die Probleme der Sexualität bei Behinderten und den hier aus humanitären Gründen zu setzenden Grenzen wird in vollem Umfang zugestimmt.

Der Grundsatz einer möglichst getrennten Versorgung geistig Behinderter und psychisch Kranker wird unterstützt.

18. *Die Angebote in einem Standardversorgungsgebiet und ihre Bündelung,* wie sie der Bericht der Sachverständigen-Kommission darstellt, müssen nach Auffassung Niedersachsens grundsätzlich berücksichtigen, daß die Niedergelassenen Nervenärzte das Rückgrat der ambulanten Versorgung und die psychiatrischen Krankenhäuser das der stationären bilden. Um so mehr ist zu bedauern, daß in diesem Abschnitt des Be richts der Sachverständigen-Kommission der Eindruck entstanden ist, daß Niedergelassene Nervenfachärzte und vorhandene psychiatrische Krankenhäuser hierbei nur eine untergeordnete Rolle spielen. Der Ausbau verschiedener Beratungseinrichtungen hat immer wieder Rücksicht zu nehmen auf die personellen und finanziellen Ressourcen.

Es besteht die Befürchtung, daß bestimmte Formen der geforderten ambulanten Beratungsdienste sich längerfristig als Fehlplanung erweisen könnten.

19. Die im Bericht der Sachverständigen-Kommission eingehend diskutierten *psychosozialen Arbeitsgemeinschaften* (Ziffer 3.11.1 Nr. 1, S. 30) und *psychosozialen Ausschüsse* (Ziffer 3.11.1 Nr. 2) werden auch von Niedersachsen differenziert betrachtet:

Freiwillige Zusammenschlüsse unter Einschluß der Niedergelassenen Nervenärzte zu psychosozialen Arbeitsgemeinschaften werden begrüßt, sollten jedoch nicht reglementiert werden; psychosoziale Ausschüsse erscheinen bei den vorhandenen Koordinierungsmöglichkeiten der verschiedenen Ebenen der Verwaltung entbehrlich.

20. Der Ausbau eines *Referates für psychosoziale Versorgung* (Ziffer 3.11.2, S. 30) bei der obersten Landesgesundheitsbehörde ist in Niedersachsen insofern vollzogen, als ein eigenes Referat für psychiatrische Angelegenheiten besteht, in dem alle Fragen der psychiatrischen Versorgung einschließlich der der Suchtkrankheiten zusammengefaßt sind. Das Landessozialamt Niedersachsen verfügt über eine eigene Medizinalgruppe, die in Kürze durch einen erfahrenen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie komplettiert wird.

21. Niedersachsen schließt sich dem Vorschlag der Sachverständigen-Kommission hinsichtlich einer *koordinierenden psychiatrischen Einrichtung auf der Ebene der Bundesländer* (Ziffer 3.11.3, S. 30) nicht an. Es folgt den Vorstellungen des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten, dem als Koordinierungsgremium seit Frühjahr 1974 eine wichtige Rolle zugefallen ist. Eine in irgendeiner Form geartete Fortführung der Funktionen der Sachverständigen-Kommission der Psychiatrie-Enquete erscheint entbehrlich. Die Einbeziehung des Bundesgesundheitsamtes oder des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information bzw. der statistischen Landesämter und des statistischen Bundesamtes für besondere Fragestellungen aus dem Bereich der psychiatrischen Versorgung wird unterstützt.

22. Die *Vermehrung der verschiedenen Berufsgruppen* (Ziffer 3.12 Nr. 1 a, S. 30) ist in Niedersachsen u. a. dadurch gefördert worden, daß die vor allem durch die Verkürzung der Verweildauer und die Schaffung komplementärer Dienste sinkende Zahl der Haushaltsplanbetten in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern zu einer Verbesserung der Stellenschlüssel ge-

führt hat. Im pflegerischen Dienst ist ein Zustand erreicht worden, der den Forderungen der Planungsstudie bereits weitgehend Rechnung trägt. Der Nachholbedarf bei den Ärzten wird im Zuge der mitelfristigen Finanzplanung abgedeckt werden können. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß bis vor relativ kurzer Zeit kaum ausreichende Angebote zur Verfügung standen, die vorhandenen ärztlichen Planstellen zu besetzen. Dies ist jedoch nunmehr der Fall. Eine kontinuierliche Vermehrung der Stellen für Diplom-Psychologen ist vorgesehen. Dabei ist jedoch auf eine Qualifikation zur klinischen Tätigkeit besonders Wert zu legen. Eine solche Voraussetzung wird leider bisher von der größeren Anzahl der Bewerber nicht erfüllt.

Bei der Gewinnung von Sozialarbeitern spielen die Ausbildungskriterien nach wie vor eine erhebliche Rolle. Es erscheint dringend erforderlich, in den Ausbildungsstätten im Hinblick auf die zukünftige Tätigkeit in einer psychiatrischen Einrichtung von mehr realitätsbezogenen und weniger ideologisch geprägten Grundlagen auszugehen.

Im Zusammenhang mit der Personalproblematik stehen die Fragen der *Aus-, Weiter- und Fortbildung* (Ziffer 3.12.1, S. 30 bis 31):

Niedersachsen ist der Auffassung, daß die bauliche Sanierung der vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser nur die eine Seite des Problems darstellt. Gleichermaßen bedeutungsvoll sind alle Maßnahmen, die berufliche Qualifikation der verschiedenen Berufsgruppen zu verbessern. Niedersachsen hat sich in diesem Zusammenhang im Bereich des pflegerischen Dienstes zu einer zweijährigen berufsbegleitenden Weiterbildungsordnung (Fachschwester/-pfleger für Psychiatrie) entschlossen. Dieses Weiterbildungsprogramm ist in engem Zusammenwirken mit der psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen inzwischen in drei südniedersächsischen Landeskrankenhäusern angelaufen und berücksichtigt in Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhaus Tiefenbrunn auch die Gesichtspunkte der Psychotherapie und Psychosomatik.

Die Diskussionen über die Einführung einer neuen Gebietsbezeichnung für analytische Psychotherapie sind noch nicht abgeschlossen. Niedersachsen schließt sich den Warnungen des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten vor einer inhaltlichen Aushöhlung der Gebietsbezeichnungen „Psychiatrie" bzw. „Kinder- und Jugendpsychiatrie" an.

Die Einbeziehung von Heil/Erziehungspflegern in die stationären Bereiche nicht nur der Behindertenversorgung, sondern auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird befürwortet.

Die Erarbeitung und Fortschreibung von Schlüsselzahlen stellt sich für verschiedene Bereiche als eine schwierige Problemstellung dar. Objektive Kriterien lassen sich nur durch eine subtile Analyse der einzelnen Einrichtungen gewinnen, wobei z. B. für den ärztlichen Bereich eine statistische Fixierung auf die Bettenzahl als nicht ausreichend zu bewerten ist.

23. Eine eingehende Stellungnahme zu den *Rechtsfragen der psychiatrischen Versorgung* (Ziffer 3.13, S. 34) muß sich auf einige wenige Gesichtspunkte beschränken:

    Es ist erforderlich, sowohl verbindliche Kriterien für die Abgrenzung der Behandlungsfälle in der psychiatrischen Versorgung von den Pflegefällen als auch Maßnahmen für eine praktikable Zusammenarbeit etwa mit den vertrauensärztlichen Dienststellen zu gewinnen.

    Bei zukünftigen gesetzlichen Regelungen (s. Bundeszentralregistergesetz) ist Wert auf den Abbau einer Diskriminierung psychisch Kranker zu legen, ohne allerdings die besonderen Sicherungsbedürfnisse etwa bei der Behandlung des Personenkreises der psychisch kranken Straftäter zu vernachlässigen.

    Eine Sonderbehandlung psychisch alterskranker Straftäter erscheint unter Berücksichtigung der derzeitigen Praxis der Rechtspflege entbehrlich.

24. Die Einbeziehung der psychiatrischen Krankenhäuser in die *Forschung* (Ziffer 3.15, S. 35) ist vom Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten mit Nachdruck gefordert worden. Niedersachsen ist bemüht, qualifizierte Fachärzte auch unterhalb der Ebenen der Direktoren der stationären Einrichtungen in ein solches Vorhaben einzubeziehen und sie ggf. bei der Vermittlung von Lehraufträgen zu unterstützen.

    Von besonderer Wichtigkeit ist der Nachholbedarf bei der Bedarfs- und Evaluationsforschung im Bereich der Psychotherapie/Psychosomatik, um Fehlplanungen mit unabsehbaren finanzpolitischen Risiken zu vermeiden.

Zusammenfassung

Niedersachsen betrachtet den Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland als eine bedeutungsvolle Analyse und als ein Instrument, welches bei kritischer Wertung der verschiedenen Vorschläge geeignet ist, wichtige Anregungen für die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker bzw. seelisch oder geistig Behinderter zu liefern. Niedersachsen begrüßt die von der Arbeit der Sachverständigen-Kommission ausgegangene Verstärkung des Problembewußtseins der Verantwortlichen.

Die Niedersächsische Landesregierung hat die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung als eines ihrer wichtigsten gesundheitspolitischen Aufgabenfelder bezeichnet. Sie trägt durch die Schaffung der notwendigen materiellen und personellen Voraussetzungen dazu bei, den noch bestehenden Nachholbedarf gegenüber der Versorgung körperlich Kranker innerhalb des kürzest möglichen Zeitraumes zu beseitigen.

In Vertretung
Dr. Ziller

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Zwischenbericht

22. September 1975

Zur Abwicklung bzw. Fortschreibung der in der Bundestagsdrucksache 7/1124 genannten Vorhaben nehme ich wie folgt Stellung:

Zu 20.4

Zwischen dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe und der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr wurde am 27. November 1974 mit Wirkung vom 1. Januar 1975 ein Tarifvertrag abgeschlossen. Er betrifft Arbeitnehmer, die nach ihrer Entlassung aus der Behandlung im psychiatrischen Landeskrankenhaus durch Arbeitsvertrag als Hausarbeiter eingestellt und in einem Heim für Hausarbeiter untergebracht werden. Er ist beschränkt auf solche Personen, die wegen ihrer Behinderung im allgemeinen Arbeitsleben nicht einsatzfähig sind und einer beschützenden Umgebung bedürfen. Bei einer Arbeitszeit von wöchentlich 40 Stunden ist ein Grundlohn von 60 v. H. des Anfangslohnes der Stufe 3 der Sondervereinbarung für Arbeiter im Haus-, Küchen- und Wäschereidienst zum Manteltarifvertrag für Arbeiter vereinbart worden. Dem Hausarbeiter verbleibt bei einem Bruttolohn von annähernd 700 DM nach Abzug aller Verpflichtungen (gesetzliche Abzüge, Beköstigung, Miete und Arbeitskleidung) ein Betrag von rund 300 DM gegenüber der bis dahin in unterschiedlicher Höhe gezahlten Arbeitsbelohnung.

Beim Landschaftsverband Rheinland ist ein ähnlicher Tarifvertrag in Vorbereitung, mit dessen Abschluß bald zu rechnen ist.

Zu 22.1 und 22.2

Die Konzeption zur bedarfsgerechten und leistungsfähigen psychiatrischen Versorgung ergibt sich aus dem von der Landesregierung 1972 vorgelegten Zielplan zur Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger in Nordrhein-Westfalen.

Auf die 1973 und 1974 für psychiatrische Einrichtungen in Angriff genommenen Baumaßnahmen mit mehr als 3 000 Betten entfallen Förderungsmittel nach § 9 Abs. 1 KHG von über 150 Millionen DM.

Vordringlich schien die Beseitigung der sogenannten „brutalen Realität". Von den vorgenannten Maßnahmen diente deshalb der größere Teil (etwa 2 000 Betten umfassend) dazu, die Verhältnisse in bestehenden Einrichtungen zu verbessern, während der verbleibende Teil dazu beitragen soll, in einigen Regionen die ortsnahe Versorgung zu sichern.

Zu 22.3

Die Taschengeldsätze für die untergebrachten Sozialhilfeempfänger sind gestaffelt nach dem Alter der Patienten, und zwar von 3 DM (bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres) bis 42 DM (nach Vollendung des 18. Lebensjahres).

Eine andere Regelung besteht lediglich für die in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern untergebrachten psychisch kranken Rechtsbrecher. Die zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gestatteten bisher eine Angleichung des Taschengeldes für diesen Personenkreis nicht.

Zu 22.4

Die Landschaftsverbände bemühen sich, durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit Ärzte in hinreichender Zahl für den psychiatrischen Bereich zu gewinnen. Sie zahlen besondere Zuwendungen an Ärzte im psychiatrischen Dienst und Unterhaltsbeihilfe an Medizinstudenten klinischer Semester, die sich für eine mindestens fünfjährige Tätigkeit nach dem Staatsexamen an einem psychiatrischen Landeskrankenhaus verpflichten. Trotzdem konnten bisher Ärzte in ausreichender Zahl für die psychiatrischen Einrichtungen nicht gewonnen werden.

Zu 22.4.1

Die an fast allen psychiatrischen Krankenhäusern bestehenden Krankenpflegeschulen werden mit gutem Erfolg geführt. Der Anteil der ausgebildeten Pflegekräfte nimmt ständig zu. In berufsbegleitenden Lehrgängen (Dauer zwei Jahre) erfolgt Ausbildung zu Fachpflegern bzw. Fachschwestern in der psychiatrischen Pflege. Daneben finden laufend Fortbildungsveranstaltungen statt.

Zu 22.4.2

Bei beiden Landschaftsverbänden besteht ein besonderes Referat, das sich mit der Aus-, Fort- und Weiterbildung des in der Psychiatrie tätigen Personals befaßt.

Zu 22.4.3

Die Landschaftsverbände führen schon laufend Weiter- und Fortbildungstagungen durch. Ähnliche Veranstaltungen erfolgen auch durch die Spitzenverbände der freigemeinnützigen Träger.

Zu 22.4.4

Die Landschaftsverbände, aber auch freigemeinnützige Einrichtungen, führen in besonderen Lehrgängen die Ausbildung zu Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten durch.

Die Landesregierung bemüht sich um die Errichtung eines Ausbildungszentrums für Psychotherapie und Sozialtherapie als Landesinstitut. Aus finanziellen Gründen mußten diese Pläne vorerst zurückgestellt werden.

i. A. Dr. Reuter

Psychiatrie-Enquete

12. September 1977

1 Allgemeines

Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (im folgenden Enquete genannt) stellt erstmals die psychiatrisch-psychohygienische Versorgung für das gesamte Bundesgebiet dar, analysiert sie eingehend und schlägt auftragsgemäß (Drucksache 6/474) Maßnahmen zu ihrer Verbesserung vor. Daß die Vorschläge „ohne Rücksicht auf die Grenzen im ökonomischen und personellen Bereich formuliert" wurden (Drucksache 7/4200 S. 412), ist nicht als Nachteil, sondern als notwendige Konzeption eines idealtypischen Versorgungsmodells zu sehen, das der Zielorientierung dient.

Für Nordrhein-Westfalen bedeutete die Psychiatrie-Enquete des Bundes Fortschreibung und Ausformung der bereits 1972 veröffentlichten eigenen Zielplanung auf diesem Gebiete.

Wie in der Präambel zur Enquete und in einer Stellungnahme der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission zu einer hierzu angefertigten Planungsstudie der Firma Heinle, Wischer & Partner von der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission selbst zum Ausdruck gebracht, wird auch von hier aus die Auffassung vertreten,

> „daß diese Neuordnung mit den zu jeder Zeit begrenzten personellen und finanziellen Möglichkeiten in Einklang zu bringen ... und nur in Stufen und in größeren Zeiträumen" zu verwirklichen ist.

Entsprechend äußerte sich der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit mit Schreiben vom 25. November 1975 — 341.2 — 474-5. —, mit dem er den Sachverständigenbericht dem Deutschen Bundestag zuleitete. Da die Ehemalige Sachverständigen-Kommission außerdem anerkennt, daß in Ländern und Gemeinden von unterschiedlichen Gegebenheiten auszugehen ist, die Ansatz und Fortschritte verbessernder Maßnahmen bestimmen, kann der Reformkonzeption insgesamt ohne Bedenken zugestimmt werden.

2 Ausgangslage und Entwicklung seit Veröffentlichung des Zielplanes Nordrhein-Westfalen (1972)

Die Ausgangslage, die zu der Enquete Anlaß gegeben hat, betrifft im wesentlichen vier große Bereiche, die auch für das Land Nordrhein-Westfalen gültig dargestellt sind:

2.1

Unzureichende Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in den psychiatrischen Krankenhäusern und das Fehlen krankenhausentlastender und ergänzender Alternativeinrichtungen.

2.2

Mangel an speziellen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, Suchtkranke, psychisch kranke alte Menschen und erwachsene Geistigbehinderte.

2.3

Unzureichende Kapazität an Psychotherapie für die große Zahl seelisch bedingter und mitbedingter Krankheiten.

2.4

Mangelhafte Koordination aller Dienste, die seelisch Kranke und Behinderte beraten, behandeln oder ihnen soziale Hilfen anbieten.

Zu 2.1

Die bemerkenswertesten Fortschritte wurden in Nordrhein-Westfalen bisher im *stationären Bereich* erzielt. Seit Veröffentlichung des „Zielplanes NW" im Jahre 1972 wurden durch eine Reihe von Baumaßnahmen die Unterbringungsverhältnisse für psychisch Kranke wesentlich verbessert. So wurden allein sieben neue Fachkrankenhäuser fertiggestellt und der Neubau von zwei weiteren in Angriff genommen. Der noch nicht abgeschlossene Bau neuer, weitgehend standardisierter Bettenhäuser in 12 Landeskrankenhäusern führt außerdem zu einem Gewinn von rund 2 500 Betten, wodurch sowohl abgängige Bausubstanz ersetzt als auch eine Auflokkerung der Bettendichte ermöglicht wird. Seit Inkrafttreten des KHG sind bis zum 31. Dezember 1975 35 Krankenhausbaumaßnahmen der Landschaftsverbände mit Landesmitteln in Höhe von rd. 157 Millionen DM und 19 Krankenhausbaumaßnahmen freigemeinnütziger Träger mit rd. 59 Millionen

DM Landesmittel insgesamt 216 Millionen DM gefördert worden.

Der Aufwand an öffentlichen Mitteln erhöht sich um den Betrag, den die Landschaftsverbände nach dem Finanzausgleichsgesetz in der jeweils gültigen Fassung zu übernehmen haben.

Die Landesregierung hat in der Antwort auf die Große Anfrage Nummer 3 der Fraktionen der SPD und F.D.P. (Landtags-Drucksache 8/575) am 6. Dezember 1976 erklärt, „daß den Einrichtungen für psychisch Kranke und Geistigbehinderte angesichts des schon im ‚Zielplan' dargestellten Nachholbedarfs ein angemessener Anteil an den für eine Förderung nach dem KHG zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln gesichert werden soll".

Wo immer möglich, wird neben dem Neubauprogramm auch die Umwandlung vorhandener, für die allgemeine Krankenhausversorgung aber nicht mehr erforderliche Bausubstanz für Zwecke der psychiatrischen Versorgung betrieben. Im engen Zusammenhang damit steht der in der Enquete geforderte Auf- und Ausbau psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern. So werden in absehbarer Zukunft u. a. die ländlichen Kreise Höxter und Minden-Lübbecke und die Städte Duisburg, Herne und Velbert von solchen Abteilungen flächendeckend versorgt werden können. Darüber hinaus sind Bemühungen im Gange, die von jeher vorhandenen psychiatrisch-neurologischen Abteilungen (50 v. H. aller Abteilungen des Bundesgebietes befinden sich in Nordrhein-Westfalen) der allgemeinen psychiatrischen Versorgung zugänglich zu machen.

Mehrere Fachkrankenhäuser haben als Übergangs- und Rehabilitationseinrichtungen Tag/Nachtkliniken, Übergangsheime, Wohnheime und Rehabilitationswerkstätten geschaffen oder nehmen sie in Kürze in Betrieb, so in:

Bad Driburg (Rehabilitationswerkstätte „INTEG" GmbH in Verbindung mit der psychiatrischen Abteilung des St.-Josefs-Hospitals),

Bedburg-Hau (Landeskrankenhaus; Tagesklinik, Wohnheim),

Bielefeld (von Bodelschwingh'sche Anstalten; Tagesklinik, Übergangsheim),

Bonn (Landeskrankenhaus; Tages- und Nachtklinik; freier Träger Wohngemeinschaft),

Dortmund (Landeskrankenhaus; Sozialzentrum, Übergangsheim),

Düren (Landeskrankenhaus; Tagesklinik, Trainingswohnungen),

Düsseldorf (Landeskrankenhaus; Tagesklinik, Übergangsheim),

Essen (Rheinische Landes- und Hochschulklinik; Übergangsheim),

Gütersloh (Landeskrankenhaus; Sozialzentrum, Industriewerkhalle, Nachtklinik, Übergangsheim),

Köln (Landeskrankenhaus; Tagesklinik, Übergangsheim),

Langenfeld (Landeskrankenhaus; Tagesklinik),

Lengerich (Landeskrankenhaus; Übergangsheim),

Marl-Sinsen (Landeskrankenhaus; Übergangsheim),

Marsberg (Landeskrankenhaus; Übergangsheim),

Münster (Landeskrankenhaus; Tag/Nachtklinik, Übergangsheim; freier Träger: Übergangsheim),

Neuss (St.-Alexius-Krankenhaus; Übergangsheim und Werkstätten).

Paderborn (Landeskrankenhaus; Übergangsheim),

Mönchengladbach-Rheydt (Landeskrankenhaus; Tag/Nachtklinik, Übergangsheim),

Remscheid-Lüttringhausen (Stiftung Tannenhof; Tagesstätten),

Viersen (Landeskrankenhaus; Rehabilitationszentrum für Kinder, Übergangsheim, Tag/Nachtklinik),

Warstein (Landeskrankenhaus; Übergangsheim).

Außerdem sind noch Übergangsheime in Aachen, Köln-Porz und Wuppertal geplant.

Einigen Krankenhäusern sind Trainingswohnungen angeschlossen, in denen die Rehabilitanden — unter Aufsicht — eigenverantwortlich wirtschaften und so auf die Verhältnisse nach der Entlassung vorbereitet werden.

Zu 2.2

Ungleich schwieriger ist es, den Mangel an *speziellen Einrichtungen* für psychisch kranke oder verhaltensauffällige *Kinder und Jugendliche* zu beheben. Für den Ausbau der neben den Einrichtungen der Jugendhilfe tätigen Einrichtungen der Gesundheitshilfe sind insbesondere Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich, deren Zahl auch in absehbarer Zukunft noch nicht annähernd dem Bedarf entsprechen wird. Die Planung muß daher in erster Linie auf den Ausbau von Weiterbildungsstätten für diese Fachrichtung ausgerichtet sein, wie es auch vom Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten gefordert wird.

Parallel dazu wird eine von mir zu berufende Expertengruppe in Anlehnung an die Empfehlungen der Enquete-Vorschläge erarbeiten, wo zunächst und mit welcher Größe und Struktur jugendpsychiatrische Versorgung geleistet werden soll.

Unter ähnlichen, d. h. personellen Schwierigkeiten leidet auch die Versorgung *Suchtkranker*, die aber außerdem Probleme konzeptioneller Art zu überwinden hat. Verwiesen sei nur auf die Verlagerung der Drogenszene auf den sogenannten harten Kern und auf das Anwachsen des Alkoholismus mit der in den Vordergrund gerückten Fragestellung, ob künftig die ambulante oder die stationäre Versorgung mehr Gewicht und Erfolg haben wird. Die Feststellung des Deutschen Caritasverbandes in Freiburg (Januar 1977), daß eine ausreichende Ka-

pazität zur stationären Behandlung Suchtkranker zur Verfügung stehe, wird angezweifelt.

Die sach- und fachgerechte Betreuung und Unterbringung von *psychisch kranken alten Menschen* setzt

institutionelle Vorkehrungen,

multiprofessionellen Personaleinsatz und

persönliches Engagement für Fragen der Gerontologie

voraus. Am weitesten sind institutionelle Vorkehrungen in Form gerontopsychiatrischer Abteilungen und Stationen an psychiatrischen Fachkrankenhäusern und -abteilungen gediehen. Gegenwärtig ist u. a. eine moderne gerontopsychiatrische Abteilung am neuen psychiatrischen Behandlungszentrum in Köln-Merheim im Bau.

Eine weitere Hilfe und Verbesserung der Lage dieser Menschen ist in der Vermehrung rehabilitativ ausgerichteter Altenkrankenheime und Pflegeabteilungen in Altenheimen zu sehen. Seit 1970 wurden in Nordrhein-Westfalen über 6 000 Betten mit einer Landesbeteiligung von über 264 Millionen DM gefördert.

Was fehlt, sind die in der Enquete als „Assessment" bezeichneten Verteilerstellen, die bei altersbedingten Störungen zunächst zu klären suchen, welcher Natur die Störung ist, welche Ursachen im Vordergrund stehen und welcher Weg der Hilfe dementsprechend einzuschlagen ist. Es ist gerade aus wissenschaftlichen Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen bekanntgeworden, daß die Zahl der Fehleinweisungen geistig oder seelisch gestörter alter Menschen in unzuständige Betreuungseinrichtungen hoch ist. Die Aufgabe, den Behandlungsablauf von der Krisenintervention bis zur unter Umständen notwendig werdenden Pflege durch derartig vorgeschaltete Filterfunktionen zu optimieren, ist in erster Linie organisatorischer Art, wirft aber auch noch ungelöste Probleme der Kostenregelung auf.

Der Mangel an speziellen Einrichtungen für *erwachsene Geistigbehinderte* betrifft weniger die Zahl als die *Qualität* solcher Plätze. Die Landesregierung hat schon in ihrem „Zielplan" das Prinzip der getrennten Versorgung von psychisch Kranken und Geistigbehinderten begrüßt, wendet sich aber gegen „Abschiebeaktionen". Eine andere Unterbringung als im Landeskrankenhaus ist für Geistigbehinderte — wie schon oben angedeutet — nur dann sinnvoll, wenn sie behindertengerecht und *besser* als die bisher bestehende Versorgung ist.

Zur Zeit ist ein *Landesbehindertenplan* in Arbeit, der auch diesen Personenkreis umfassen wird.

Zu 2.3

Die unzureichende Kapazität an *Psychotherapie* läßt sich nur bedingt durch staatliche Maßnahmen anheben. Auf das in Vorbereitung befindliche Gesetz zur Regelung der Tätigkeit und Kompetenz nichtärztlicher Psychotherapeuten wird verwiesen. Die Landesregierung bemüht sich ihrerseits um die Errichtung eines Landesinstituts für Psychotherapie und fördert psychotherapeutisch-klinische Einrichtungen. Im wesentlichen wird sich aber der Mangel an Psychotherapeuten nur durch einen breiten Zugang *aller* Ärzte zur Psychotherapie beseitigen lassen. Zugleich müssen methodische und soziale Barrieren abgebaut werden, die im Fach selbst liegen, das bisher eher den gehobenen Sozial- und Bildungsschichten vorbehalten war.

Zu 2.4

Die bisher zu beklagende mangelhafte *Koordination* aller Dienste, die mit psychisch Kranken und Behinderten befaßt sind, beginnt sich zu bessern. Mit Erlaß vom 26. April 1976 — VI C 2 — 0510.1 — wurde allen Städten und Kreisen nahegelegt, als Koordinationsgremium die in der Enquete empfohlene psychosoziale Arbeitsgemeinschaft zu gründen. Die nach Jahresablauf von den Regierungspräsidenten angeforderten ersten Erfahrungsberichte lassen erwartungsgemäß einen unterschiedlichen Sachstand entsprechender Bemühungen erkennen. Es wird einerseits über bereits vollzogene, teilweise schon vor dem Erlaß bestehende Koordinations- und Kooperationsmodelle mit guten Erfahrungen oder über bevorstehende Gründungen berichtet, andererseits eine abwartende Haltung zu erkennen gegeben, die von „nicht nötig, weil Zusammenarbeit gut" bis zu „nicht möglich, weil kein Personal und kein Geld" reicht und schließlich die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft als fachliche Betreuungsinstitution mißversteht. Hier ist noch Aufklärungsarbeit zu leisten, bei der das Fachreferat des Hauses mitwirken wird. Die erst im Anfang stehenden Bemühungen um eine Optimierung der Koordination und Kooperation wird von hier aus unterstützt.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften bieten sich zunächst dort an, wo schon erhebliche psycho-hygienische Aktivitäten entfaltet werden, also in größeren Städten, unter denen die Landeshauptstadt als beispielhaft erwähnt werden kann. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften aber auch andernorts aus kleinsten Anfängen heraus zu entwickeln, um Versorgungslücken aufzudecken und ihre Schließung mit örtlichen organisatorischen Maßnahmen anzubahnen, wurde bisher noch zu wenig als Chance erkannt. Wo fachliches Personal fehlt, kann eine psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Angehörige von Berufsgruppen interessieren und mobilisieren, die zwar primär nicht oder nicht überwiegend mit psychisch Kranken befaßt sind, von ihrer Ausbildung und Tätigkeit her aber Zugang zu ihnen haben (Ärzte, die keine Psychiater sind, Psychologen, Lehrer, Pfarrer, Sozialarbeiter u. a.).

Übereinstimmend mit dem Votum des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten der Länder und des Bundes und mit der Stellungnahme des Deutschen Städtetages und des Deutschen Landkreistages vom 16. Juni 1977 kann die Bildung eines psychosozialen *Ausschusses* zunächst *nicht* empfohlen werden, da sie neben kommunalen Gesundheitsausschüssen, dem nach § 26 KHG NW vorgeschriebenen Krankenhausbeirat und der psy-

chosozialen Arbeitsgemeinschaft Überschneidungen für einzelne Funktionsträger mit sich bringen würde, die eine fruchtbringende Arbeit in Frage stellen. Insbesondere liegt der Landesregierung daran, die Wirksamkeit der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft nicht durch organisatorische und persönliche Überforderung zu gefährden.

Die kurze Übersicht über die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen seit Veröffentlichung der Reformkonzepte in Land und Bund soll nicht abgeschlossen werden, ohne die erfreuliche Zunahme von *Laienhelfergruppen* zu erwähnen. Mit Erlaß vom 6. April 1977 wurden die Regierungspräsidenten aufgefordert, über entsprechende Initiativen zu berichten. Es läßt sich schon vor einer abschließenden Auswertung erkennen, daß hier von den psychiatrischen Einrichtungen, aber auch ganz spontan aus der Bevölkerung wertvolle Basisarbeit geleistet wird, die nicht nur den psychisch Kranken unmittelbar, sondern vor allem auch einem besseren und verbreiteten Verständnis für sie zugute kommt. Einzelne Gruppen erhalten von hier aus eine Anlaufförderung, um Startschwierigkeiten überwinden zu können. Eine generelle staatliche Förderung ist aber nicht vorgesehen, in aller Regel auch nicht erwünscht, um keine Abhängigkeiten zu schaffen, wo Hilfe zur Selbsthilfe geboten ist.

3 Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission

3.1

Der Stellungnahme zu einzelnen Empfehlungen der Enquete werden zwei allgemeine Bemerkungen vorangestellt:

a) Die Ziele der von der Sachverständigen-Kommission vorgeschlagenen Reform der psychiatrisch-psychohygienischen Versorgung decken sich absolut und die Grundsätze weitgehend mit Auftrag und Leitlinien des nordrhein-westfälischen Zielplanes zur Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger. Es kann deshalb davon abgesehen werden, über die einleitend ausgesprochene allgemeine Zustimmung hinaus zu jeder Empfehlung im einzelnen Stellung zu nehmen.

b) Eine Reihe von Empfehlungen zielen auf eine Änderung der Einstellung der Bevölkerung, der Therapeuten und Betreuer und der Kranken selbst ab. Andere betreffen Struktur und Betrieb von Behandlungseinrichtungen und rein fachliche Gesichtspunkte. Es wird auch insoweit von einer Stellungnahme abgesehen, zumal sich hierzu in wesentlichen Punkten die Psychiatriereferenten der Länder bereits geäußert haben.

3.2 Ausgewählte Gesichtspunkte der Empfehlungen

Es muß ausdrücklich hervorgehoben werden, daß die Auswahl bestimmter Empfehlungen im folgenden nicht bedeutet, daß andere, hier nicht mehr aufgegriffene Vorschläge der Sachverständigen-Kommission als nachrangig oder gar unbeachtlich angesehen werden. Vielmehr wird ihnen zugestimmt, soweit nicht schon unter Ziffer 2 Anmerkungen gemacht worden sind oder ohnehin Identität mit der Psychiatrieplanung des Landes besteht.

(Die in Klammern gesetzten Ziffern weisen auf die entsprechenden Kapitel in der Zusammenfassung zum Enquetebericht Seiten 1 bis 36 hin.)

3.2.1 Niedergelassene Nervenärzte (Ziffer 3.2.1)

Die Zahl der Niedergelassenen Nervenärzte hat sich in Nordrhein-Westfalen seit dem „Zielplan" und seit der Enqueteerhebung nicht nennenswert verändert. Bei den gegenwärtigen Zugangsbedingungen zum ärztlichen Beruf ist mit einer durchgreifenden Besserung nicht zu rechnen, wenn es nicht gelingt, der Psychiatrie schon vom Studium an einen hohen Stellenwert zu vermitteln. Nach Auffassung der Bundesländer stellt eine Sonderzulassungsquote zum Medizinstudium analog dem Nachwuchsförderungsprogramm für den öffentlichen Gesundheitsdienst keine Lösung dar.

In Nordrhein-Westfalen betreiben die beiden Landschaftsverbände eine Studienförderung zugunsten der Arztstellenbesetzung in den Landeskrankenhäusern. Für die Niederlassung freier Nervenärzte wirkt sich diese Förderung nicht aus.

3.2.2 Stationäre Dienste (Ziffer 3.3.1)

In Nordrhein-Westfalen wird neben der Modernisierung und dem Neubau von Fachkrankenhäusern der Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern betrieben. Das Prinzip der flächendeckenden Versorgung wird beachtet. Richtgröße und Pflichtaufnahmegebiet vor allem der psychiatrischen Abteilungen bedürfen aber der zeitlichen Entwicklung, die den personellen und finanziellen Ressourcen Rechnung trägt. Ein Alles- oder Nichts-Prinzip wird abgelehnt.

Die ambulanten Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen (Ziffer 3. 2. 2) werden nach dem Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz vom 28. Dezember 1976 zunehmend eingerichtet.

3.2.3 Patientenanwalt und Fachbeirat (Ziffer 3.3.3)

Die Institution des Patientenanwaltes ist im KHG NW *) vom 25. Februar 1975 nicht geschaffen worden. Die Erfahrungen mit einer analogen Beschwerdestelle, die der Landschaftsverband Rheinland einrichten will, bleiben abzuwarten.

Der Beschwerdeweg zu den Landschaftsverbänden als Krankenhausträger, zur obersten Gesundheitsbehörde und zum Petitionsausschuß des Landtages ist im übrigen ungehindert. Darüber hinaus arbeiten seit Jahren staatliche Besuchskommissionen, die de facto eine Beratungs- und Kontrollfunktion über den Rahmen des § 28 PsychKG NW vom 2. Dezember 1969 hinaus ausüben. Allen administrativen Kontrollinstanzen haftet sicher eine gewisse Schwerfälligkeit an, die aber auch von einem insti-

---

*) Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in Nordrhein-Westfalen

tutionalisierten Patientenanwalt nur schwerlich zu überwinden sein wird.

3.2.4 Stationäre psychotherapeutische Einrichtungen (Ziffer 3.3.4)

Auf Ziffer 2.3 und die dort angesprochene Abhängigkeit von Zahl und Qualifikation des Fachpersonals muß verwiesen werden. Die gegenwärtige Situation erlaubt noch kein planvolles, d. h. systematisiertes Vorgehen. Staatliche Förderung kann auf längere Sicht nur punktuell auf Angebote aus dem Fachbereich selbst reagieren, wobei die Auswahl eines Bedarfsschwerpunktes keinerlei Schwierigkeiten bereitet. In Nordrhein-Westfalen arbeiten zwei psychosomatische Kliniken. Verhandlungen über die Errichtung einer psychoanalytisch ausgerichteten weiteren stationären Behandlungseinheit haben begonnen.

3.2.5 Halbstationäre und komplementäre Dienste (Ziffer 3.4/3.5)

Die unter Ziffer 2.1 aufgeführten Einrichtungen machen deutlich, daß die Bedeutung dieser Dienste in Nordrhein-Westfalen erkannt worden ist. Ihr Ausbau wird unter Ausschöpfung aller gesetzlichen und materiellen Möglichkeiten vorangetrieben werden.

Der Anteil Geistigbehinderter ist in Nordrhein-Westfalen mit 25 v. H. der Gesamtbelegung psychiatrischer Krankenhäuser unter allen Bundesländern am höchsten, wobei allerdings beachtet werden muß, daß bei der Enqueteerhebung hierzu auch Einrichtungen gezählt wurden, die sowohl Heimcharakter als auch Krankenhausteile haben. Obwohl in Nordrhein-Westfalen mehrere tausend Heimplätze zur Verfügung stehen und inzwischen eine erhebliche Zahl von Behinderten zusätzlich aus psychiatrischen Fachkrankenhäusern übernommen werden konnten, reicht die vorhandene Kapazität an Heimen noch nicht aus, um den erwünschten Entlastungseffekt zu erzielen, zumal die Mengenvorstellungen auch mit Qualitätsanforderungen verknüpft werden müssen. Die von der Enquetekommission getroffene Feststellung, daß sich ein gefächertes Wohnangebot für Menschen mit verschiedenen Graden seelischer und geistiger Behinderung bisher nur modellhaft an einzelnen Stellen entwikkelt, gilt im großen und ganzen augenblicklich auch noch für Nordrhein-Westfalen.

Erfreulich ist allerdings auch in diesem Lande die Entwicklung in einem anderen komplementären Bereich, nämlich der starke Anstieg an Werkstattplätzen. Seit 1970 wurden hier 4 400 Plätze mit Landeshilfe neu geschaffen.

3.2.6 Standardversorgungsgebiete (Ziffer 3.10/1)

Der Vorschlag der Sachverständigen-Kommission, Standardversorgungsgebiete in der durchschnittlichen Größenordnung von 250 000 Einwohnern (150 000 bis 300 000) zu strukturieren, kann in Nordrhein-Westfalen erst in einer zweiten Planungsphase in Angriff genommen werden. Hierzu nötigen vor allem zwei Gründe:

a) Mit dem Ersuchen des Landtages vom 9. Dezember 1970 an die Landesregierung, einen Plan zur Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger aufzustellen, war unter anderem die Auflage verbunden, von den Versorgungsgebieten auszugehen, die auch der Krankenhausplanung zugrundegelegt werden. Diese sind auf eine Größenordnung zwischen 300 000 und 2 Millionen Einwohnern, im Schnitt auf rd. 1 Million Einwohner zugeschnitten. Die gegenwärtige Personal- und Finanzlage läßt eine weitere Aufteilung dieser Regionen in durchweg vier gleichmäßig ausgestattete Versorgungsgebiete nicht zu.

b) Die Analyse der 16 Krankenhausversorgungsgebiete des Landes hat im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung ganz erhebliche Verteilungsprobleme aufgedeckt. Es stellten sich fast das gesamte Ruhrgebiet und drei ländliche Großregionen als örtlich extrem unterversorgt heraus. Ehe nicht dieser grobe Mißstand mit außerordentlichen finanziellen Anstrengungen der öffentlichen Hand behoben ist, kann eine an sich sinnvolle Aufteilung in die von der Sachverständigen-Kommission empfohlenen Standardversorgungsgebiete nicht vorgenommen werden.

Hingegen soll der Empfehlung, Modellversorgungsgebiete zu bilden, sobald wie möglich entsprochen werden. Es bieten sich hierfür als dünn besiedeltes ländliches Gebiet mit einem in Konzept und weitgehender Durchführung gut strukturierten Versorgungsmodell der Kreis Höxter (144 000 Einwohner) und als Ballungsgebiet die in den Beratungsdiensten, im komplementären Bereich und vor allem in den koordinativen Bemühungen (psychosoziale Arbeitsgemeinschaft) schon gut entwickelte Landeshauptstadt (oder ein Teil von ihr) an. Eine endgültige Entscheidung ist hierzu noch nicht getroffen.

Modellhaft arbeitende psychiatrische Versorgungseinrichtungen in Bad Driburg (Kreis Höxter), Mönchengladbach (Rheydt) und Köln-Merheim werden bereits bei der Überprüfung ihrer Effektivität (Evaluationsdokumentation) vom Bund unterstützt.

3.2.7 Koordination (Ziffer 3.11)

Auf die Ausführungen zu Ziffer 2.4 (psychosoziale Arbeitsgemeinschaft) wird verwiesen. Ergänzend ist anzumerken, daß auf der Landesebene die Geschäftsbereiche „Gesundheit“ und „Soziales“ in einem Ressort zusammengefaßt und daher die komplexen psychosozialen Belange — wenn auch nicht von einem Referat — in einem Hause gewahrt werden. Die Verbindung zur allgemeinen Krankenhausplanung ist u. a. durch ständige Teilnahme des Psychiatriereferates an den Zielplanbesprechungen in den 16 Versorgungsgebieten des Landes sichergestellt. Diese Zielplanbesprechungen stellen ihrerseits wiederum die Verbindung zu den Abgeordneten des Landtages her, die außerdem kraft Gesetzes (§ 28 PsychKG NW) alle zwei Jahre durch den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales NW auf der Grundlage der Besuchsberichte der staatlichen Besuchskommissionen über den aktuellen Stand der stationären psychiatrischen Versorgung unterrichtet werden.

3.2.8 Rechtliche Probleme bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter (Ziffer 3.13)

Es wird vorgeschlagen, daß der Ständige Arbeitskreis der Psychiatriereferenten die Aufgabe übernimmt, die in der Enquete zusammengetragenen Rechtsprobleme aufzugreifen, sie zur Klärung den fachlich qualifizierten und zuständigen Stellen vorzulegen und dafür Sorge zu tragen, daß ihre Behandlung kontinuierlich erfolgt.

3.2.9 Prioritäten und Planungsstudie der Firma Heinle, Wischer und Partner (Ziffer 3.16)

Die Grundforderungen und Rahmenbedingungen des Prioritätenkapitels werden begrüßt. Damit wird ausdrücklich der Forderung zugestimmt, daß die Beseitigung grober, inhumaner Mißstände jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen hat, und es wird das Prinzip

- der gemeindenahen Versorgung,
- der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten,
- der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste und
- der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken

gut geheißen.

Die Prioritätenliste

- komplementäre Dienste (Heimsektor)
- ambulante Dienste
- Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Suchtkrankenversorgung
- Modellversorgungsgebiete

wird von der Sache her befürwortet. Sie ist jedoch in der Durchführung den vom Personal und von der Finanzierung her gesetzten Grenzen unterworfen.

Die zur Prioritäten- und Kostenproblematik erarbeitete Planungsstudie der Firma Heinle, Wischer & Partner wird als wertvolles Instrumentarium für konkrete regionale Planungen angesehen. Die dort entwickelten Zeit- und Realisierungsstufen zerlegen die Empfehlungen der Enquetekommission in Einzelschritte, deren Kosten wenigstens überschlägig ermittelt werden können. In Übereinstimmung mit der ehemaligen Sachverständigen-Kommission, die hierzu Stellung genommen hat, wird es für erforderlich gehalten, künftig eine ständige Überprüfung und Analyse der Daten und der mit ihrer Hilfe zustande gekommenen Neuordnung vorzunehmen, um die Reform stets an den Bedürfnissen der Praxis und den finanziellen Gegebenheiten auszurichten.

Schon jetzt zeichnet sich ab, daß die als Meßziffern ausgewiesenen Bedarfszahlen — expertenkontrollierte Schätzzahlen — „nicht als unabänderliche Daten" aufzufassen sind, sondern „zukünftig der Korrektur bedürfen" (Stellungnahme der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission). Bei den Zielplanbesprechungen, die zur Zeit im Lande Nordrhein-Westfalen durchgeführt werden, wird schon jetzt die Tendenz verfolgt, den Bedarf unterhalb dieser Meßziffern festzulegen.

4 Vorläufige Stellungnahme des Deutschen Städtetages und des Deutschen Landkreistages vom 16. Juni 1977 zur Psychiatrie-Enquete (vgl. S. 299)

Die kommunalen Spitzenverbände haben sich zum Verfahren kritisch, zu wichtigen Grundsätzen der Enquete aber überwiegend positiv geäußert. Auf einige Gesichtspunkte soll hier eingegangen werden. (Die in Klammern gesetzten Nummern verweisen auf die Gliederung der Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände.)

4.1

Die klaren Vorstellungen, die die kommunalen Spitzenverbände von den Ländern fordern (Nummer 2), sind in Nordrhein-Westfalen bereits im „Zielplan zur Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger" entwickelt und in den Leitlinien (siehe dort Seite 39) niedergelegt.

Die Prioritäten liegen eindeutig bei

- der Beseitigung inhumaner Zustände
- der gleichmäßigen Verteilung und Ortsnähe psychiatrischer Versorgungseinrichtungen und
- der Schaffung ambulanter und komplementärer Dienste.

4.2

Der Forderung, Krankenhauswesen, psychiatrische Einrichtungen und komplementäre Dienste konzeptionell „in einem Guß" zusammenzufassen (Nummer 3) wird in Nordrhein-Westfalen teilweise schon durch die Art der Vorbereitung, der Durchführung und Nachbereitung der Zielplanbesprechungen entsprochen. Dabei können komplementäre Einrichtungen allerdings noch nicht in vollem Umfange berücksichtigt werden.

4.3

Die von den kommunalen Spitzenverbänden angesprochenen Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen (Nummern 4, 8 und 9) können im vorliegenden Zusammenhang nicht vollständig behandelt werden. Festzustellen ist jedoch, daß in Nordrhein-Westfalen vorsorgende und nachgehende Hilfen bei psychischen Krankheiten gesetzlich geregelt sind und nach §§ 5 und 37 PsychKG NW vom 2. Dezember 1969 von den Kreisen und kreisfreien Städten zu gewähren und zu tragen sind. Darüber hinaus kommt den Gemeinden und Gemeindeverbänden nach § 2 Abs. 3 KHG NW die Aufgabe zu, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, falls sich sonst kein geeigneter Träger findet.

4.4

Es wird mit den kommunalen Spitzenverbänden die Auffassung vertreten, daß psychiatrische Abteilungen in aller Regel in der Trägerschaft des Allgemeinkrankenhauses betrieben werden sollen, dem sie angehören (Nummer 10).

Die kritischen Ausführungen zur Größe psychiatrischer Abteilungen (Nummer 11) sind bemerkenswert und sollten beachtet werden. Neben den Entwicklungsgesichtspunkten, wie sie unter Ziffer 3.22 abgehandelt sind, wird in Nordrhein-Westfalen dem *Prinzip der flächendeckenden Versorgung* der Vorzug vor einem starren Minimum von 200 Betten gegeben.

4.5

Die Ausschöpfung des Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechtes (KVWG) vom 28. Dezember 1976 wird mit den kommunalen Spitzenverbänden als geeignetes Mittel angesehen, wo möglich und notwendig die in der Hauptsache von Niedergelassenen Ärzten zu leistende ambulante Versorgung wirksam zu ergänzen und damit vor allem die *Kontinuität* der nachgehenden Fürsorge zu gewährleisten (Nummer 12).

4.6

Eine in der Enquete und von den kommunalen Spitzenverbänden geforderte gesetzliche Regelung der komplementären Dienste (etwa in Form eines dem KHG vergleichbaren Heimfinanzierungsgesetzes) zeichnet sich angesichts der Haushaltslage der öffentlichen Hände vorläufig nicht ab. Vielmehr muß einstweilen, wie unter 2.4 angedeutet, auf die Ausschöpfung vorhandener Möglichkeiten (zum Beispiel Wohnungsbauförderungsmittel) verwiesen werden.

4.7

Bezüglich der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und der psychosozialen Ausschüsse siehe Ausführungen zu Ziffer 2.4.

In Vertretung

Nelles

Rheinland-Pfalz — Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport —

Zwischenbericht

20. Oktober 1975

Zu Abschnitt II b Zwischenbericht (Drucksache 7/1124) nehmen wir wie folgt Stellung:

21.1

Die Aufstellung eines Gesamtprogrammes für alle psychiatrischen und sozialen Einrichtungen, d. h. vom ambulanten über den teilstationären bis zum stationären Bereich sowohl auf sozialem, pädagogischem und medizinischem Gebiet erscheint als ein schwerfälliges Unterfangen. In Rheinland-Pfalz werden statt dessen aufeinander abgestimmte, sich ergänzende Programme der wesentlichsten Teilbereiche erstellt (Krankenhausplan — Psychiatrisches Krankenhauswesen, Landesplan für Behinderte, Altenplan, Landesjugendplan und Sonderschul-Entwicklungsplan). Die Ergänzung der Krankenhausplanung durch diese Pläne stellt eine Erfassung auch der Randzonen psychiatrischer Versorgung sicher. Unabhängig hiervon wird z. Z. an einer Verbesserung extramuraler Beratungs- und Hilfsdienste für psychisch Kranke unter besonderer Berücksichtigung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes gearbeitet.

22.2

Auf Punkt 22.1 abgestimmte Sofortprogramme ergeben sich u. a. aus dem laufenden Bauprogramm und aus der Weiterentwicklung der inneren Struktur der psychiatrischen Großkrankenhäuser, die mit Inkrafttreten des Krankenhausreformgesetzes Rheinland-Pfalz (KRG) vom 29. Juni 1973 auf eine gesetzliche Grundlage gestellt wurde.

22.3

Auch die Landesregierung Rheinland-Pfalz teilt die Auffassung, daß psychisch Kranke den körperlich Kranken in der sozialen Gesetzgebung gleichgestellt werden müssen. Die Bemessung der Entlohnung von Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern wird z. Z. neu geregelt und soll verbessert werden.

22.4

Abweichend von der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft aufgestellten Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten, Psychologen und Pflegekräften wurde bei den Pflegesatzverhandlungen und Haushaltsberatungen der nachfolgende Personalschlüssel zugrunde gelegt:

Berufsgruppe	Behandlungsbereich	Pflegebereich
Ärzte	1 : 25,71	1 : 70
Psychologen	1 : 200	1 : 200
Pflegedienst zuzüglich Nachtwachen	1 : 3,28	1 : 5
Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten	1 : 200	1 : 200
Sozialarbeiter	1 : 300	1 : 300

Eine Weiter- und Fortbildung aller Berufsgruppen erfolgt in den großen psychiatrischen Zentren (Landesnervenkliniken und Pfalzklinik) im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel unter Inanspruchnahme auch der verschiedenen von anderer Seite angebotenen Veranstaltungen.

Schulen an Krankenhäusern für die Ausbildung und Weiterbildung des nichtärztlichen Personals werden nach § 31 KRG wie Personalwohnheime gefördert.

Die Fortbildung der Pflegekräfte obliegt der leitenden Krankenpflegekraft (§ 11 Abs. 2 Nr. 3 KRG).

Die Koordinierung der ärztlichen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung obliegt dem ärztlichen Vorstand, der in jedem Krankenhaus zu bilden ist (§ 12 KRG).

Eine über diese gesetzlich geregelten Teilbereiche hinausgreifende Regelung der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller in der psychiatrischen Versorgung tätigen Berufsgruppen soll in Richtung auf die Bestellung eines Beauftragten für jedes psychiatrische Krankenhaus und der Bildung einer Arbeitsgruppe diskutiert werden, die die Planung und Durchführung von Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen auf Landesebene übernimmt.

Im Auftrag
Prof. Dr. H. R. Vogel

Psychiatrie-Enquete

8. August 1977
(aktualisiert 1978)

A. Vorbemerkungen

Mit dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ist erstmals ein umfassender Überblick sowie eine eingehende Analyse zur Versorgung psychisch Kranker, seelisch und geistig Behinderter für das gesamte Bundesgebiet gegeben. Die von der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten Empfehlungen zur Neuordnung der psychiatrischen Versorgung stellen eine wichtige Orientierung dar.

Die Berufung der Sachverständigen-Kommission und weiterer zahlreicher Experten (Arbeitsgruppen, Expertenteams, Beiräte) hat einen Gedankenaustausch ermöglicht, an dem über vier Jahre lang Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten, Psychologen, Soziologen, Juristen, Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter u. v. a. mehr beteiligt waren. Diese Experten kamen aus dem Bereich der ambulanten und stationären Versorgung ebenso wie aus dem öffentlichen Gesundheitswesen.

Das Ergebnis dieser mehrjährigen Arbeit ist ein breiter Konsens über die künftige Struktur der psychiatrischen Versorgung. Verbliebene Meinungsunterschiede in einigen Teilbereichen sind Ausdruck verschiedenartiger Lösungsmöglichkeiten wie auch Verpflichtung zu weiterer fachlicher Zusammenarbeit.

Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission führen weitgehend zu einer idealtypischen Versorgungskonzeption. Die Komplettierung der psychiatrischen Versorgungsdienste wird sich zwangsläufig an den begrenzten personellen und finanziellen Möglichkeiten ausrichten und auf historisch bedingte Besonderheiten Rücksicht nehmen müssen.

Die vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebene Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland hat die Planungsfirma Heinle, Wischer und Partner angefertigt. Diese Studie, welche unter maßgeblicher Beteiligung der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission zustande kam, ist eine wichtige Ergänzung des Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.

Ausgehend von den grundlegenden Empfehlungen des Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ist in Rheinland-Pfalz ein Psychiatriebericht erarbeitet worden. Naturgemäß finden dabei die jeweiligen besonderen Gegebenheiten des Landes Rheinland-Pfalz Beachtung.

B. Ausgangslage und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Rheinland-Pfalz seit 1970

Folgende Mängel in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter sind 25 Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges in der Öffentlichkeit vor allem angesprochen worden (Bericht über die Lage der Psychiatrie, S. 4):

1. Die unzureichende Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in den psychiatrischen Krankenhäusern und das Fehlen alternativer Einrichtungen, welche die stationäre Versorgung im Krankenhaus ergänzen.
2. Der Mangel an Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, für Alkoholkranke und Drogenabhängige, für psychisch kranke alte Menschen und erwachsene geistig Behinderte.
3. Die unzureichende Kapazität an Psychotherapie für die große Zahl seelisch bedingter und seelisch mitbedingter Krankheiten.
4. Die mangelhafte Koordination aller an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Dienste, insbesondere der vielfach unzulänglichen Beratungseinrichtungen und sozialen Dienste.

Diese Probleme waren der Anlaß für die Erarbeitung des Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.

Die psychiatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz ist für die Zeit um das Jahr 1970 ebenfalls durch diese Mängel gekennzeichnet gewesen. In der Zwischenzeit sind erfolgreiche Anstrengungen unternommen worden, die psychiatrische Versorgung zu verbessern.

Zu 1.

Die Unterbringung psychisch Kranker sowie seelisch und geistig Behinderter in psychiatrischen Krankenhäusern ist seit 1970 umfassend verbessert worden. Mit erheblichen finanziellen Mitteln sind vorhandene Krankenhausgebäude saniert und Neubauten errichtet worden. Dies trifft sowohl für die Landesnervenkliniken Alzey und Andernach als auch für die Pfalzklinik Landeck zu. Bauliche Veränderungen in beachtenswertem Ausmaß sind auch in psychiatrischen Krankenhäusern in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft erfolgt. Der Neubau der psychiatrischen Universitätsklinik Mainz ist in der Planung.

Von 1970 bis 1977 ist die Zahl der Betten in den drei großen psychiatrischen Krankenhäusern des Landes — Landesnervenkliniken Alzey und Andernach sowie die Pfalzklinik Landeck — von 4 145 auf 3 364 reduziert worden. Diese Reduzierung konnte u. a. durch die Verlegung von chronisch Kranken und Behinderten in komplementäre Einrichtungen erreicht werden.

Viele Behinderte bedürfen nicht der Krankenhausbehandlung; sie können in komplementären Einrichtungen angemessener betreut und rehabilitiert werden. Dennoch befinden sich noch immer zahlreiche chronisch Kranke und Behinderte in den psychiatrischen Krankenhäusern, obwohl sie nicht der Behandlung eines Krankenhauses bedürfen. Nicht in allen Fällen jedoch wird es angebracht sein, diese Patienten in andere Einrichtungen zu verlegen, da sie innerhalb des Krankenhauses seit Jahren eine Heimstatt gefunden haben. Für diese der Welt außerhalb des Krankenhauses entwöhnten Patienten wird — soweit das noch nicht geschehen ist — ein wohnlicher Bereich innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser geschaffen.

Der Abbau der Überbelegung wurde auch durch die Verkürzung der Verweildauer begünstigt.

Parallel zu dieser Entwicklung ist die personelle Situation verbessert worden.

Tages- und Nachtkliniken werden künftig vermehrt vorgehalten. Dies gilt auch für Übergangsheime.

Die großen Einzugsbereiche der Landesnervenkliniken Alzey und Andernach sowie der Pfalzklinik Landeck werden noch für längere Zeit die psychiatrische Krankenhausversorgung bestimmen. Kleinere bestehende psychiatrische Krankenhäuser in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft sollen dazu gewonnen werden, zumindest mit einem Teil der vorgehaltenen Betten die Versorgung in definierten Regionen zu übernehmen. Neu zu schaffende psychiatrische Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern werden ebenfalls definierte Versorgungsgebiete (Standardversorgungsgebiete) übernehmen.

Zu 2.

Der Mangel an Einrichtungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, psychisch kranke alte Menschen, Suchtkranke und erwachsene geistig Behinderte war auch in Rheinland-Pfalz — wie im gesamten Bundesgebiet — zu Beginn der 70er Jahre zu verzeichnen.

In den vergangenen Jahren sind erhebliche Anstrengungen unternommen worden, um diesen Mangel zu beheben.

Neben der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Pfalzklinik Landeck (112 Betten) und der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der psychiatrischen Universitätsklinikk Mainz (14 Betten) ist eine Abteilung an der Landesnervenklinik Alzey (60 Betten) 1977 in Betrieb genommen worden. Eine weitere Abteilung entsteht in Wittlich. Es ist geplant, in der Landesnervenklinik Andernach ebenfalls eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie einzurichten. Mit der Realisierung dieser Vorhaben wird eine spürbare Verbesserung der *kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung* verbunden sein.

Die *gerontopsychiatrische Versorgung* ist in den letzten Jahren ebenfalls verbessert worden. Neben den gerontopsychiatrischen Abteilungen an den Landesnervenkliniken Alzey und Andernach und der Pfalzklinik Landeck sind gerontopsychiatrische Abteilungen in Bad Neuenahr, Waldbreitbach, Trier und Kaiserslautern vorgesehen. Durch den Ausbau der Einrichtungen der Altershilfe ist eine Entlastung der psychiatrischen Krankenhäuser zu verzeichnen gewesen.

In Rheinland-Pfalz existieren sieben Fachkrankenhäuser für *Suchtkranke* mit insgesamt 644 Betten. In den psychiatrischen Krankenhäusern werden ebenfalls Suchtkranke betreut. Da die Fachkrankenhäuser für Suchtkranke überwiegend in den nördlichen Landesteilen anzutreffen sind, ist die Versorgung von Suchtkranken insbesondere im Regierungsbezirk Rheinhessen-Pfalz noch verbesserungsbedürftig. In der Landesnervenklinik Alzey befindet sich eine Station für drogenabhängige junge Menschen. Die Erfahrungen zeigen, daß eine Station dieser Art mit 14 Betten nicht ausreicht.

In Rheinland-Pfalz ist es gegenwärtig nicht erforderlich, neue Einrichtungen für *erwachsene geistig Behinderte* zu schaffen. Die Förderung in den Werkstätten für Behinderte läßt positive Auswirkungen erkennen; nunmehr können zahlreiche geistig Behinderte in familiären Bereichen wohnen bleiben. Mehrere Einrichtungen für geistig Behinderte haben gegenwärtig noch Belegungsverträge mit anderen Bundesländern. Bereits jetzt ist erkennbar, daß viele der bestehenden Belegungsverträge nicht mehr verlängert werden.

Zu 3.

Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten für die große Zahl seelisch bedingter und seelisch mitbedingter Krankheiten sind in Rheinland-Pfalz nur in sehr begrenztem Umfang vorhanden. Die stationäre Versorgung wird vorwiegend an der psychotherapeutischen Klinik der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (18 Betten) wahrgenommen. Die Zahl der Psychotherapeuten, welche an der ambulanten Versorgung teilnehmen, ist immer noch zu gering. Besonders nachteilig wirkt sich aus, daß in Rheinland-Pfalz kein psychotherapeutisches Weiterbildungsinstitut vorhanden ist.

Der Mangel an Psychotherapeuten wird sich nur dann beheben lassen, wenn es gelingt, sehr viel mehr Ärzte als bisher für eine zusätzliche psychotherapeutische Qualifikation zu interessieren.

Eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung ist u. a. durch das in Vorbereitung befindliche Bundesgesetz zu erwarten, durch das die eigenverantwortliche therapeutische Tätigkeit von klinischen Psychologen ermöglicht werden soll.

Zu 4.

Die an den Gesundheitsämtern entstehenden sozialpsychiatrischen Dienste werden — sofern sich nicht andere Initiativen entwickeln — die Aufgaben der Koordination i. S. der empfohlenen psychosozialen Arbeitsgemeinschaft übernehmen. Die Koordination der Beratungs-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Betreuungsdienste ist insbesondere dort von großer Bedeutung, wo bereits vielfältige Dienste bestehen. Erfahrungsgemäß arbeiten diese Dienste oft nebeneinander her. Die Konsequenz ist, daß es nicht bekannt wird, für welche Patientengruppen psychosoziale Dienste in ausreichendem Umfang vorhanden sind und für welche Patientengruppen in unzureichender Weise gesorgt wird.

Die gegenwärtig örtlich noch unzulängliche Koordination und Kooperation wird durch den allgemeinen Mangel an Informationen über die jeweiligen Dienste verstärkt. Die Forderung nach mehr Information aus allen Bereichen der Versorgung psychisch Kranker, seelisch und geistig Behinderter, wie sie im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland erhoben wird, ist daher nachdrücklich zu unterstützen.

In Rheinland-Pfalz wird eine entsprechende Basisdokumentation entwickelt.

Die Notwendigkeit, Informationen über die psychiatrische Versorgung auf Bundesebene systematisch zusammenzutragen, aufzubereiten, auszuwerten und den Bundesländern zur Verfügung zu stellen, wird gesehen. Rheinland-Pfalz begrüßt daher entsprechende Initiativen auf Bundesebene.

C. Allgemeine Ziele der psychiatrischen Versorgung

Die allgemeinen Grundsätze und Leitlinien, welche im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ausführlich dargelegt und begründet sind, werden befürwortet. Dies gilt im besonderen Maße hinsichtlich der Grundsätze der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken und der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung sowie der Forderung nach dem Aufbau eines bedarfsgerechten, umfassenden Versorgungssystems.

Die psychiatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz hat sich in den zurückliegenden Jahren bereits an den allgemeinen Grundsätzen und Leitlinien orientiert, über die in der Bundesrepublik Deutschland ein breiter Konsensus anzutreffen ist. Der Psychiatriebericht Rheinland-Pfalz 1978 ist auf eben dieser Grundlage erarbeitet worden.

D. Zu einzelnen Empfehlungen

1. Ambulante Versorgung

Wenngleich in den städtischen Gebieten in ausreichendem Maße Niedergelassene Nervenärzte anzutreffen sind, ist die ambulante psychiatrische Versorgung in den ländlichen Bereichen immer noch unzureichend. Längerfristig ist angestrebt, daß ein Niedergelassener Nervenarzt im Durchschnitt für die Versorgung von 40 000 Einwohnern zuständig ist.

Erfahrungen mit der Ambulanz am psychiatrischen Krankenhaus sollen zunächst an einem Krankenhaus gesammelt werden.

2. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt

An den Gesundheitsämtern in Rheinland-Pfalz werden sozial-psychiatrische Dienste eingerichtet. Gegenwärtig besteht ein sozialpsychiatrischer Dienst im Gesundheitsamt Mainz.

Der sozialpsychiatrische Dienst soll die qualifizierte psychiatrische Beratung am Gesundheitsamt wahrnehmen und die Außenfürsorge psychiatrischer Krankenhäuser ersetzen.

3. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern

In Rheinland-Pfalz werden psychiatrische Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern geschaffen.

Die im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschlagene Größe für psychiatrische Abteilungen mit 200 Betten wird als zu groß angesehen. Die Allgemeinen Krankenhäuser sind — in einem Flächenstaat wie Rheinland-Pfalz — von ihrer Größe her nicht geeignet, derart große Fachabteilungen einzurichten. Hinzu kommt, daß angesichts des rückläufigen Bettenbedarfs für die psychiatrische Versorgung Fachabteilungen in der von der Sachverständigen-Kommission empfohlenen Größenordnung der Verwirklichung der gemeindenahen Versorgung entgegenstehen würden.

Als angemessen werden psychiatrische Abteilungen an Akut-Krankenhäusern mit 80 bis 120 Betten angesehen.

4. Entflechtung psychiatrischer Krankenhäuser

Die Betten in den drei großen psychiatrischen Krankenhäusern des Landes sind in den vergangenen Jahren erheblich reduziert worden. In den Landesnervenkliniken Alzey und Andernach sowie der Pfalzklinik Landeck befanden sich im Jahre 1977 nur noch 3 364 Betten. Die Betten werden weiter reduziert.

Die Bildung von Abteilungen innerhalb von psychiatrischen Krankenhäusern wird fortgesetzt. Das Landesgesetz zur Reform des Krankenhauswesens in Rheinland-Pfalz (Krankenhausreformgesetz — KRG —) vom 29. Juli 1973 bietet hierfür die Voraussetzung.

5. Komplementäre Dienste

Die Erfahrungen mit einem psychiatrischen Übergangsheim in Ludwigshafen sind positiv. Die konsiliarärztliche Betreuung ist von seiten der Pfalzkli-

nik Landeck gewährleistet. Weitere Übergangsheime befinden sich in der Planung.

Rheinland-Pfalz verfügt gegenwärtig über ausreichende Kapazitäten im sogenannten Heimbereich. Belegungsverträge, welche Kostenträger aus anderen Bundesländern abgeschlossen haben, werden — im Zuge der erkennbaren rückläufigen Tendenz bei Plätzen in diesem Bereich — z. Z. nicht verlängert. Freiwerdende Kapazitäten sollen künftig für die Schaffung weiterer bedarfsgerechter Angebote für psychisch Kranke und seelisch Behinderte genutzt werden.

6. Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Berufsgruppen ist gerade für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter von großer Bedeutung. In Rheinland-Pfalz werden vielfältige Bemühungen unternommen, um die Situation der Aus-, Weiter- und Fortbildung ständig zu verbessern. So werden z. B. neue Ausbildungsplätze für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten geschaffen. Die Weiterbildung zur Fachkrankenschwester bzw. zum Fachkrankenpfleger befindet sich in Vorbereitung. An den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in der Trägerschaft des Landes werden zusätzliche Weiterbildungsstellen für Ärzte bereitgestellt, die sich in der Facharztweiterbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater befinden.

Fortbildungsveranstaltungen gilt auch künftig die besondere Aufmerksamkeit.

7. Personalbedarf

Für die psychiatrischen Krankenhäuser konnten in den vergangenen Jahren zahlreiche neue Stellen geschaffen werden. Insgesamt hat sich die Qualifikation des in der psychiatrischen Versorgung tätigen Personals verbessert. Erfahrungen mit den Berufsgruppen der Sozialarbeiter, Psychologen, Logopäden, Musiktherapeuten sind gut.

Der Haushaltsplan Rheinland-Pfalz 1978/79 sieht für die Landesnervenkliniken Alzey und Andernach eine personelle Besetzung vor, die eine Verbesserung gegenüber den Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahre 1969 darstellt.

8. Bildung von Gremien zur Koordination

In Rheinland-Pfalz entstehen psychosoziale Arbeitsgemeinschaften. Diese nehmen u. a. koordinative Funktionen auf der Ebene der Standardversorgung wahr. An die Bildung psychosozialer Ausschüsse, die von der Sachverständigen-Kommission empfohlen wurden, wird z. Z. nicht gedacht.

Auf Landesebene wird der gezielten Beratung durch Sachverständige der Vorzug gegeben gegenüber der Bildung eines ständigen Beirates.

9. Bildung von Standardversorgungsgebieten

Für die Verwirklichung einer gemeindenahen Versorgung ist die Zusammenarbeit aller Personen und Dienste erforderlich, welche an der Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation psychisch Kranker sowie seelisch und geistig Behinderter mitwirken. Ein planvolles Zusammenwirken, durch das Lücken in der Versorgung vermieden werden, ist nur möglich, wenn die vielförmig gestuften Versorgungsdienste auf die Bevölkerung in einem geographisch zu definierenden Gebiet bezogen werden.

Der Psychiatriebericht Rheinland-Pfalz sieht die Bildung von Standardversorgungsgebieten vor. Um die übergroßen Einzugsbereiche der Landesnervenklinik Alzey (830 000 Einwohner, 4 000 km²), der Landesnervenklinik Andernach (1 510 000 Einwohner, 10 400 km²) und der Pfalzklinik Landeck (1 300 000 Einwohner, 5 400 km²) zu reduzieren, ist beabsichtigt, bestehenden und noch zu schaffenden kleineren psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen Gebiete für die Standardversorgung zuzuordnen. Die Träger privater und freigemeinnütziger psychiatrischer Krankenhauseinrichtungen sollen nach Möglichkeit in die Standardversorgung einbezogen werden.

E. Klärung von Fragen auf Bundesebene

1. Komplementäre Dienste

Es erscheint zweckmäßig, die offenen Fragen, die mit dem komplementären Bereich verbunden sind, auf Bundesebene einer Klärung zuzuführen (Abgrenzung: Behandlungsfall — Pflegefall; Finanzierung des komplementären Bereiches, insbesondere von Übergangsheimen, usw.).

2. Prävention und Rehabilitation

Die wissenschaftliche Evaluationsforschung von Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation im Bereich der Psychohygiene hat in der Bundesrepublik Deutschland noch keine ausgeprägte Tradition. Das Forschungsprogramm des Bundesministeriums für Forschung und Technologie zu dieser Thematik ist daher sehr zu begrüßen. Es ist erstrebenswert, im Rahmen dieses Forschungsprogrammes Aspekte der Prophylaxe im Bereich der Psychohygiene stärker zu berücksichtigen.

3. Statistische Daten

Die im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland dargestellten Daten gehen weitgehend auf eine Erhebung der Sachverständigen-Kommission aus dem Jahre 1973 zurück. Inzwischen hat sich in der psychiatrischen Versorgung vieles geändert (z. B. Reduzierung der Betten in den großen psychiatrischen Krankenhäusern, Einrichtung neuer psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern, kürzere Verweil-

dauer, bessere Personalsituation innerhalb und außerhalb psychiatrischer Krankenhäuser, Vermehrung und Differenzierung der Angebote im komplementären Bereich). Das Ausmaß dieser Veränderungen kann oft nur erahnt werden. Genaue Angaben liegen oft nur in Teilbereichen vor. Ein Gesamtüberblick über die verschiedenartigen psychiatrischen Dienste in der Bundesrepublik Deutschland ist kaum möglich.

Es erscheint sinnvoll, in zeitlichen Abständen die Erhebung, die seinerzeit die Sachverständigen-Kommission in Zusammenarbeit mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder vorgenommen hat, zu wiederholen. Dabei könnte jedoch auf eine Totalerhebung verzichtet werden zugunsten einer vollständigen Erhebung (beratende, ambulante, stationäre, komplementäre, rehabilitative Dienste) in ausgewählten Regionen.

Die Ergebnisse derartiger Erhebungen können die jeweilige Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den verschiedenen Bundesländern dokumentieren; die Kenntnis derartiger Daten bildet gleichzeitig die Grundlage dafür, eine gleichmäßige Entwicklung beim Ausbau der psychiatrischen Versorgung zu fördern.

4. Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

Die Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, welche von der Planungsfirma Heinle, Wischer und Partner in enger Zusammenarbeit mit der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission erarbeitet und im Jahre 1976 vorgelegt wurde, hat umfangreiches neues Material zur psychiatrischen Versorgung erbracht. Besonders informativ sind die Varianten zur organisatorischen Gestaltung der Versorgung einzelner Patientengruppen.

Die Empfehlungen zum Betten- bzw. Platzbedarf und — eng damit zusammenhängend — auch zum Personalbedarf sind infolge der überraschenden Entwicklung der letzten Jahre besonders im stationären Bereich für konkrete Planungsüberlegungen leider nur noch wenig hilfreich.

Wenn sich die Entwicklung der zurückliegenden Jahre stabilisiert hat, könnte erneut an eine Planungsstudie gedacht werden, die sich dann allerdings stärker an ausgewählten Versorgungsregionen mit jeweils unterschiedlicher Ausgangssituation orientieren sollte.

Im Auftrag

Prof. Dr. E. Maier

Saarland — Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung

Psychiatrie-Enquete

2. Januar 1978

Der Bericht der Enquete-Kommission hat die in ihn gesetzten Erwartungen im großen und ganzen erfüllt. Es wird der unbestreitbare Verdienst der Sachverständigen-Kommission bleiben, die Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik umfassend dargestellt und den für die Psychiatrie in erster Linie zuständigen Ländern trotz regionaler Unterschiede für ihre Planungen wesentliche Orientierungshilfen gegeben zu haben.

Man darf heute feststellen, daß die Untersuchung dem Grundsatz einer gemeindenahen Psychiatrie und der Forderung nach der Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken endgültig zum Durchbruch verholfen hat. Der Bericht hat schließlich auch den Stellenwert der Psychiatrie im Bewußtsein breiter Bevölkerungsschichten entscheidend verbessert.

Daß eine solche umfassende Arbeit auch Mängel aufweisen würde, war angesichts der verschiedenartigen Lehrmeinungen auf dem Gebiet der Psychiatrie zu erwarten. Diese Mängel mindern jedoch nicht den hohen Gesamtwert der Vorlage.

Auffällt zum Beispiel die unterschiedliche Gewichtung der einzelnen psychiatrischen Dienste. Trotz gegenüber Orientierungsdaten zu machender Vorbehalte wäre von hier aus begrüßt worden, wenn Anhaltszahlen nicht nur für einzelne Bereiche, sondern für alle Dienste hätten zur Verfügung gestellt werden können. Die bereits von anderen Ländern vorgebrachte Anregung, das Nachschlagewerk mit einem Stichwortregister auszustatten, wird nachträglich unterstützt.

Es liegt in der Natur der Sache, daß ein Bericht, an dem mehr als vier Jahre gearbeitet wurde, im Zeitpunkt seines Erscheinens bereits wieder — zum mindesten teilweise — überholt ist. Das Ausmaß der aus der Sicht des Saarlandes anzubringenden Korrekturen zeigt die erfreuliche Verbesserung der Situation in der seit Erscheinen des Enqueteberichts bzw. seit Erhebung der der Untersuchung zugrunde liegenden Daten verstrichenen — vergleichsweise kurzen — Zeit.

Die Stellungnahme kann im Hinblick auf den Umfang des Berichts nicht annähernd umfassend sein, sondern muß sich auf einige wenige, aber wesentliche landesspezifische Aspekte beschränken:

Versorgungsgebiete

Unter Berücksichtigung des Prinzips der Gemeindenähe liegen den Planungen im Lande analog dem Krankenhausplan für das Saarland vier Versorgungsgebiete zugrunde. Drei dieser Gebiete verfügen über ein psychiatrisches Behandlungszentrum unterschiedlicher Größe. Die Schaffung eines mit nicht unerheblichen Kosten verbundenen Behandlungszentrums im vierten Versorgungsgebiet würde eine Bettenreduzierung in den anderen Bereichen notwendig machen. Sie ist z. Z. wegen der finanziellen Situation des Landes nicht durchführbar. Hierbei muß auch berücksichtigt werden, daß der Grundsatz der Gemeindenähe in einem Land, das bequem in einer Autostunde zu durchqueren ist, nicht eine so entscheidende Bedeutung hat, wie in größeren Flächenstaaten.

Stationärer Bereich

Den bisherigen Planungen im Lande lag unter Berücksichtigung in- und ausländischer Bettenindices als Zielvorstellung eine Bettenmeßziffer von 2,1 psychiatrischer Akutbetten auf 1 000 erwachsene Einwohner und eine solche von 0,3 psychiatrischer Akutbetten auf 1 000 Kinder und Jugendliche zugrunde. Bei einer rückläufigen Bevölkerungsentwicklung wären im Saarland 1985 (= 1 063 000 Einwohner) 1 381 Betten für Erwachsene und 319 Betten für Kinder und Jugendliche erforderlich. Hierbei ist allerdings noch nicht die besonders im Landeskrankenhaus Merzig seit Jahren zu beobachtende ständig sinkende Verweildauer berücksichtigt. Im Hinblick auf die weiter zu erwartende Entwicklung im Bereich der Psychiatrie müssen diese Zielvorstellungen nach unten revidiert werden.

Bei Zugrundelegung der im Anhang (S. 23) des Berichts aufgeführten Bettenmeßziffer von 0,5 Akutbetten auf 1 000 Einwohner wäre bei einem derzeitigen Bestand von 1 404 Akutbetten (einschließlich der Kinderbetten) auf 1 085 614 Einwohner (Stichtag 30. Juni 1977) das Land bereits überversorgt. Diese Meßziffer erscheint jedoch mit Rücksicht auf die relativ hohe Bettennutzung von 92,9 (1974) nicht realistisch. Die weiteren Planungen werden daher im Saarland auf eine Bettenmeßziffer von 1 : 1000 abgestellt. Hieraus erhellt, daß die Schaffung weiterer psychiatrischer Akutbetten nicht erforderlich

sein wird. Der Schwerpunkt der Planung im Akutbettenbereich wird daher hauptsächlich in der qualitativen Verbesserung der stationären Einrichtungen liegen müssen.

Bettennutzung und Verweildauer

Der Bettennutzungsgrad lag im Saarland im Jahre 1974 bei 92,9 v. H.

Die Verweildauer betrug im Jahre 1974 51,5 Tage.

Für den Bundesdurchschnitt hatte die Sachverständigen-Kommission für das Jahr 1973 eine Verweildauer von 181 Tagen ermittelt.

Die Entwicklung der Bettennutzung und der Verweildauer sind den nachstehenden Tabellen zu entnehmen.

Krankenbettenbestand, Verweildauer und Bettennutzungsgrad in den psychiatrischen Krankenhäusern des Saarlandes 1964 bis 1976

Jahr	Universitäts-Nervenklinik *)			Landeskrankenhaus Merzig			Sozialpsychiatrische Klinik Sonnenberg			Knappschaftskrankenhaus Sulzbach		
	Bettenzahl	Bettennutzung %	Verweildauer	Bettenzahl	Bettennutzung %	Verweildauer	Bettenzahl	Bettennutzung %	Verweildauer	Bettenzahl	Bettennutzung %	Verweildauer
1964	212	*92,5*	26,7	1 180	*102,8*	203,3						
1965	212	*92,0*	26,4	1 150	*108,4*	195,6						
1966	212	*92,9*	28,8	1 150	*112,4*	184,0						
1967	218	*83,6*	28,6	1 150	*109,1*	172,0						
1968	218	*92,4*	26,4	1 250	*98,9*	170,8					mehr als	
1969	218	*89,9*	25,3	1 250	*104,6*	178,8				15	*90,0*	
1970	218	*92,9*	24,7	1 250	*105,3*	182,1				15	*90,0*	
1971	218	*91,3*	24,3	1 320	*98,8*	160,3	132	*87,0*	51,4	15	*90,0*	
1972	218	*88,3*	24,6	1 274	*100,8*	143,9	132	*90,9*	45,2	15	*90,0*	
1973	218	*88,5*	23,5	1 274	*99,2*	132,2	132	*92,4*	36,4	15	*90,0*	
1974	218	*91,6*	26,0	1 274	*96,3*	118,8	132	*91,7*	37,3	15	*92,92*	24,22
1975	218	*93,7*	26,6	930 **)	*92,3*	96,8	132	*86,6*	35,2	15	*92,61*	21,22
1976	218	*93,5*	26,1	930	*92,3*	74,0	132	*90,9*	35,5	15	*92,1*	22,1

*) ab 1. September 1975

**) Vgl. A. 1.1.2; eine Differenzierung nach Neurologie und Psychiatrie wurde in den vergangenen Jahren nicht vorgenommen

Aussagen über Gebäudealter und Schlafraumgrößen machen nachstehende Schaubilder.

Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung

Betten nach Gebäudealter (Gesamt: 2 119) im Saarland

Betten in Gebäuden errichtet: vor 1900 | 1900 bis 1950 | ab 1950

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	v. H.-Anteil	Betten gesamt
Bettengrößenklasse		
bis 100 Betten		15
101 bis 500 Betten		
501 bis 1 000 Betten		930
1 001 und mehr		
Fachabteilung für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie		157
Psychiatrische Universitätskliniken		218
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie		
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke		100
Heime und Anstalten für Geistigbehinderte und chronisch psych. Kranke		700

Stationäre psychiatrische Einrichtungen nach Zweckbestimmung im Saarland

Schlafraumgrößen

Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	durchschnittliche Bettenzahl je Schlafraum
Bettengrößenklasse	
bis 100	2,7
101 bis 500	
501 bis 1 000	3,5
1 001 und mehr	
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie	2,9
Psychiatrische Universitätskliniken	4,0
Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie	
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke	2,6
Heime und Anstalten für Geistigbehinderte und chron. psych. Kranke 200 und mehr	2,6

Personal

Was den Personalbedarf für klinisch-stationäre Dienste angeht, so ist besonders zu beklagen, daß sich von den im Landeskrankenhaus Merzig vorhandenen 18 Arztstellen lediglich 12 besetzen ließen. Hinzu kommt, daß das ärztliche Personal überaltert ist.

Dem Mangel an Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten soll durch die Errichtung einer entsprechenden Schule am Landeskrankenhaus Merzig entgegengewirkt werden.

Privatkrankenanstalten

In den letzten Jahren sind außerhalb der Landesplanung drei Privatkrankenanstalten mit einer staatlichen Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung neu errichtet bzw. eingerichtet worden. Weitere Anstalten sind in Sicht. Die Zweckbestimmung dieser Anstalten liegt im Bereich der Suchtbehandlung und auf dem Gebiet Psychosomatik. Diese Krankenhäuser, die weit über den Bedarf des Landes hinaus dimensioniert sind, rechtfertigen sich mit der Befriedigung eines angeblich überregionalen Bedarfs. Wegen Belegungsschwierigkeiten drängen diese Anstalten nunmehr auf Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan. Von hier aus wird bedauert, daß das Entstehen solcher Anstalten nicht vom Bedarf abhängig gemacht werden kann. Da sich ähnliche Entwicklungen auch in anderen Ländern abzuzeichnen beginnen, sollte von seiten des Bundes nunmehr ernsthaft geprüft werden, ob sich nicht doch die bereits von verschiedenen Seiten geforderte Novellierung des § 30 der Gewerbeordnung ermöglichen läßt.

Psychisch kranke Rechtsbrecher

Die Forderung nach Sondereinrichtungen für psychisch kranke Rechtsbrecher ist für das Saarland angesichts des relativ geringen Bedarfs nicht realistisch. Einigermaßen wirtschaftlich und kostengünstig wird sich eine solche Einrichtung nur im Zusammenhang mit dem Landeskrankenhaus Merzig betreiben lassen.

Angestrebt wird eine Verlagerung der derzeit dort vorhandenen Station in ein Gebäude an der Peripherie des Krankenhauskomplexes. Eine Einrichtung nach § 93 a JGG soll in Zusammenarbeit mit dem Land Rheinland-Pfalz entstehen.

Im *Heimbereich* konnte ein Bedarf an weiteren Betten nicht ermittelt werden. Was den Bedarf an stationären Einrichtungen für alte Menschen angeht, so darf festgestellt werden, daß eine Differenzierung nach alten und psychisch kranken alten Menschen wegen der fließenden Übergänge häufig erschwert ist. Von hier aus wird die Auffassung vertreten, daß eine solche differenzierende Betrachtungsweise auch nicht erforderlich ist, da sich in der Vergangenheit besondere Probleme aus dem Zusammenleben von Alten und psychisch kranken Alten nicht ergeben haben.

Halbstationäre Einrichtungen

Die oben erwähnten Versorgungszentren verfügen alle über Tageskliniken. Ein Bedarf an Nachtkliniken war bisher nicht erkennbar bzw. wegen ungeklärter Finanzierungsmöglichkeiten nicht realisierbar.

Komplementäre Dienste

Die Auffassungen der Enquete in diesem Bereich werden hier geteilt. Bisher war es allerdings nur in bescheidenem Umfang möglich, im Lande solche Dienste einzurichten, da gesetzliche Grundlagen für eine Finanzierung und damit die Planung fehlen. In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß auch allgemein anerkannte Definitionen für diese Dienste nicht vorliegen. Es darf aber in diesem Bereich die Einrichtung eines Wohnheimes von 25 Plätzen in Rehlingen besonders erwähnt werden. Dieses Wohnheim ist räumlich einem privaten Unternehmen angeschlossen, in dem seit etwa drei Jahren Patienten aus dem Landeskrankenhaus Merzig beschäftigt werden.

In den ersten zwei Jahren blieben die so Beschäftigten Patienten des Krankenhauses und fuhren täglich von und zur Arbeitsstelle mit einem Omnibus. Aufgrund der guten Erfahrungen, die sowohl die Firma als auch das Landeskrankenhaus mit der extramuralen Beschäftigung gemacht haben, hat die Firma für diese Patienten ein Wohnheim neben dem Betrieb errichtet, so daß nunmehr die Patienten aus der Klinik in das Wohnheim verlegt werden konnten. Die Patienten sind zwar förmlich aus der Klinik entlassen, werden aber noch psychiatrisch und pflegerisch durch die Klinik betreut.

Ambulante Dienste

Der Schwerpunkt der Versorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich liegt bei den Niedergelassenen Nervenärzten. Im Saarland sind 23 Psychiater in freier Praxis tätig. Das ergibt bei einer Bevölkerungszahl von 1 085 614 eine Verhältniszahl von 1 : 47 200; unter Einbeziehung der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte (vier) eine solche von 1 : 40 207. Hierbei ist noch zu berücksichtigen, daß an der ambulanten Versorgung in nicht unwesentlichem Umfang auch die Polikliniken (Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) der Universitäts-Nervenklinik teilnehmen. Trotz des relativ guten Schlüssels von 1 zu rd. 40 000 ist die Versorgung wegen der ungleichmäßigen Verteilung der Niederlassungen, die sich hauptsächlich in den Ballungsgebieten befinden, nicht optimal.

Darüber hinaus verfügt das Land bereits über ein ansehnliches Netz weiterer ambulanter Dienste wie *psychosoziale Beratungsstellen, Drogenberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen und sozialpsychiatrische Dienste* bei den Gesundheitsämtern. Dieses Netz wird weiter ausgebaut. Die meisten Beratungsstellen werden von den Trägern der freien Wohlfahrtspflege betrieben und wenigstens zum Teil vom Land finanziell gefördert.

An *Psychotherapeuten* mit psychologischer Grundausbildung sind z. Z. im Saarland 13 Personen beschäftigt. Diese Zahl wird sich in Zukunft sicher noch erhöhen, besonders dann, wenn diese Personen zur selbständigen Ausübung der Heilkunde in bestimmten Bereichen zugelassen werden. Ob allerdings eine Abgrenzung der Tätigkeitsfelder nichtärztlicher Psychotherapeuten gegenüber denen eines Arztes und Heilpraktikers in dem in Vorbereitung befindlichen Bundesgesetz gelingt, scheint hier fraglich. Im Saarland wird nichtärztlichen Psychotherapeuten, die sich zur selbständigen Ausübung der Heilkunde niederlassen wollen, geraten, um eine Erlaubnis als Heilpraktiker nachzusuchen.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Im Versorgungsgebiet Saarbrücken hat das Staatl. Gesundheitsamt vom Gesundheitsminister den Auftrag erhalten, eine psychosoziale Arbeitsgemeinschaft zu initiieren und beim Zusammenschluß der verschiedenen mit der Psychiatrie befaßten Dienste und Personen organisatorische Hilfestellung zu leisten. Sollte sich diese für das Saarland modellhaft gedachte Einrichtung bewähren, wird die Gründung solcher Arbeitsgemeinschaften auch in allen Landkreisen in die Wege geleitet werden.

Beirat für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Ein Psychiatriebeirat zur Beratung der Landesregierung ist offiziell noch nicht berufen worden. Allerdings arbeitet ein Expertengremium, bestehend aus Psychiatern der verschiedenen Versorgungszentren, Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Juristen — je nach Beratungsgegenstand werden auch noch Angehörige anderer Berufsstände hinzugezogen — unter Vorsitz des Gesundheitsministers an der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im Lande mit.

Ambulante Versorgung durch psychiatrische Krankenhäuser

Von der Möglichkeit des § 368 n Abs. 7 Satz 2 RVO, Verträge mit den Krankenkassen über die ambulante Erbringung ärztlicher Leistungen abzuschließen, hat bislang noch kein psychiatrisches Krankenhaus Gebrauch gemacht.

Die *Planungsstudie* der Firma Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH dient hier als wertvolles Material bei der Erarbeitung bzw. der Fortschreibung des Landespsychiatrieplanes.

Abschließend soll festgehalten werden, daß das Land im wesentlichen nur — und das auch nur in bescheidenem Maße — finanzielle Hilfen zur qualitativen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung geben kann. Die qualitative Verbesserung der Versorgung entzieht sich weitgehend den Einwirkungsmöglichkeiten der Regierung, weil sie in erster Linie von der Hebung der Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen Personals und von einer veränderten Einstellung der Bevölkerung zu der Arbeit der in der Psychiatrie tätigen Personenkreise abhängig ist.

Im Auftrag

Dr. med. Schloz
Ltd. Ministerialrat

Der Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein

Zwischenbericht

8. Oktober 1975

Die von der Bundesregierung in der Stellungnahme zum Zwischenbericht unter Nummer 22 vorgeschlagenen Leistungen und Initiativen der Länder haben in Schleswig-Holstein z. Z. folgenden Stand:

Zu 22.1

Die Erstellung eines Gesamtprogramms ist für 1976 vorgesehen. Die Vorarbeiten hierzu sind bereits angelaufen. Dabei ist darauf hinzuweisen, daß es sich bei diesem Gesamtprogramm z. T. um die Vereinigung und Fortschreibung bereits angelaufener bzw. vorgesehener Teilprogramme handelt. So sind z. B. die Grundsätze für die bauliche und betriebliche Sanierung der bestehenden Landeskrankenhäuser bereits 1964 festgelegt und seither in beträchtlichem Umfange ausgeführt worden.

Zu 22.2

Neben der baulichen Sanierung der Landeskrankenhäuser (vgl. hierzu meine Ausführungen zu 22.1) ist ab 1971 ein Programm der dezentralisierten psychiatrischen Versorgung angelaufen, in deren erster Phase psychiatrische Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern in Neumünster und Itzehoe erstellt werden.

Zu 22.3

Die Bemühungen um die Gleichstellung der psychisch Kranken und Behinderten mit körperlich Kranken werden fortgesetzt.

Zu 22.4

Die Bemühungen um eine Verbesserung der qualitativen und quantitativen Personalsituation in der Psychiatrie sind in den letzten Jahren verstärkt fortgesetzt worden. Die derzeitige Finanzlage läßt jedoch nur wenig Möglichkeiten.

Zu 22.4.1

In der Universitäts-Nervenklinik Kiel und im Landeskrankenhaus Schleswig sind in den letzten Jahren Lehrgänge durchgeführt worden, in denen geprüften Krankenpflegern eine sozial-psychiatrische Zusatzausbildung vermittelt werden soll.

Zu 22.4.2 bis 22.4.4

Die Bemühungen um eine gezielte Aus-, Fort- und Weiterbildung sind in den psychiatrischen Einrichtungen im Lande Schleswig-Holstein in den letzten Jahren verstärkt fortgesetzt worden.

Im Auftrage
Dr. Boroffka

Psychiatrie-Enquete

22. November 1977

1 Einleitung

1.1

Trotz verschiedener Bedenken, die im folgenden im einzelnen begründet werden, habe ich mich entschlossen, als oberste Landesgesundheitsbehörde des Landes Schleswig-Holstein Ihrer Anforderung zu entsprechen und eine Stellungnahme zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (im folgenden „Bericht") aus meiner Sicht abzugeben.

Die Zuständigkeit für Fragen des Gesundheitswesens liegt vorwiegend bei den Ländern, so daß ein Stillschweigen zu diesem umfangreichen Bericht fehlgedeutet werden könnte, entweder als generelle Zustimmung oder aber auch als generelle Ablehnung. Wie im folgenden weiter auszuführen sein wird, kann meine Stellungnahme weder das eine noch das andere beinhalten, sondern lediglich einen Versuch darstellen, Ihnen differenziert Anmerkungen und Überlegungen zum Bericht, die in meiner Gesundheitsabteilung erarbeitet wurden, vorzulegen.

1.2

In Ihrem Schreiben vom 20. Juli 1977 gehen Sie davon aus, daß die Beteiligung der Verbände im erforderlichen Umfang durch die Bundesländer sichergestellt werden würde. Dieser Auffassung ver-

mag ich mich nicht anzuschließen. Ist es schon bei einem so umfangreichen Werk unmöglich, eine mit allen Ressorts abgestimmte Stellungnahme einer Landesregierung herbeizuführen, so würde es ein hoffnungsloses Unterfangen bedeuten, in den einzelnen Ländern, z. B. in Form von Anhörungen oder durch Einbeziehung von Einzelstellungnahmen der Verbände eine ausgewogene Stellungnahme abzugeben, zumal einzelne Verbände durchaus schon auf Bundesebene Stellung bezogen haben.

1.3

Die Studie der Firma Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH., Stuttgart, stellt, wie Sie am 13. Dezember 1976 schreiben, eine eigenverantwortliche Arbeit der Planungsfirma dar. Ich halte es deshalb nicht für angebracht, ausdrücklich auf diese Studie einzugehen und dazu Stellung zu nehmen.

In meinen Ausführungen zum Bericht werde ich aber an verschiedenen Stellen auch auf die Studie eingehen, zumal bei der Besprechung finanzieller Probleme.

1.4

Eine Stellungnahme zum Gesamtinhalt des Berichtes abgeben zu wollen, erschiene aus den folgenden Gründen nicht nur unrealistisch, sondern ist praktisch unmöglich:

— An dem Bericht haben insgesamt 143 Experten mitgearbeitet (26 Mitglieder der vom BMJFG ausgewählten und ernannten Sachverständigen-Kommission, 86 zusätzliche Mitglieder der Arbeitsgruppen, Expertenteams und Beiräte, 31 weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe Psychotherapie/Psychosomatik, die ab Februar 1976 die ursprünglich aus zehn Mitgliedern bestehende Arbeitsgruppe für den gleichen Bereich ablöste). Der Berich wurde redaktionell formuliert und geschrieben von zehn hauptamtlichen Mitarbeitern.

— Die Kommission tagte elfmal, insgesamt 25 Tage. Der Vorstand hielt 24 Tagungen ab. Die Arbeitsgruppen, Expertenteams usw. hielten insgesamt weitere 171 Tagungen ab, viele davon mehrtägig. Dementsprechend sind von der konstituierenden Sitzung der Sachverständigen-Kommission am 31. August 1971 bis zur Zuleitung des Hauptberichtes an den Bundestag mit Schreiben vom 25. November 1975 insgesamt 4 Jahre und 86 Tage vergangen.

— Darüber hinaus wurden zur Schaffung einer breiteren Basis der Arbeit der Sachverständigen-Kommission zahlreiche (s. Drucksache 7/4201, S. 1190 bis 1192) Untersuchungen vorgenommen, Gutachten erstattet, Informationsreisen unternommen und Anhörungen durchgeführt.

— Es wundert denjenigen, der den Tätigkeitsbericht der Sachverständigen-Kommission studiert hat, bevor er sich dem Inhalt zuwandte, nicht, daß diese überwältigende Fülle von Sachverstand, Arbeitskraft und Zeit einen Bericht hervorgebracht hat, der 426 doppelspaltige relativ eng bedruckte DIN A 4 Seiten umfaßt; dazu kommt dann noch ein Anhang mit 1 192 Seiten und die Studie von 402 Seiten. Die Lesezeit entspricht etwa der durchschnittlichen Arbeitszeit eines Monats!

— Allein die dem Text des Berichtes vorangestellte Zusammenfassung enthält mehr als 150 Einzelprobleme oder Problembereiche, zu denen eine umfassende Stellungnahme sich äußern müßte.

1.5

Meine Stellungnahme wird im nächsten Abschnitt 2 einige generelle Bemerkungen enthalten, in dem folgenden Abschnitt 3 Einzelprobleme behandeln, im Abschnitt 4 eine Fortsetzung meines Berichts vom 8. Oktober 1975 über das, was in der Zwischenzeit in Schleswig-Holstein geschehen ist, enthalten und im letzten Abschnitt 5 eine kurze Zusammenfassung geben.

2 Allgemeine Bemerkungen

2.1

Zweifelsohne hat schon allein die Ernennung einer solchen Sachverständigen-Kommission und ihre Arbeit zu einer zunehmenden und besseren Information von politischen und Fachgremien sowie der Öffentlichkeit beigetragen. Dadurch sind wesentliche Impulse ausgegangen, sich diesem vielfach vernachlässigten Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter intensiver zuzuwenden.

— Durch die Beteiligung einer großen Zahl von Politikern, Experten und Laien sowie durch die zweifelsohne durch die Enquete mitbedingte vermehrte Berichterstattung in Presse, Rundfunk und Fernsehen ist die Öffentlichkeit heute schon besser über die Fragen der Psychiatrie orientiert als sie das noch vor sechs Jahren war, auch wenn noch viel auf diesem Gebiet zu tun bleibt.

— Die vorliegenden Bände, zu denen noch die bisher veröffentlichten und hoffentlich baldmöglichst abgeschlossenen Materialien zur Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Band I bis IV (insgesamt 1 843 Seiten) gehören, stellen ein enzyklopädisches Werk dar, wie es kein zweites gibt. In imponierender Form wird hier das gegenwärtige Wissen über die Probleme der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter jedem zugänglich gemacht, der sich damit zu befassen hat oder sich damit befassen will. Über *Mangel* an Informationen kann sich nun niemand mehr beklagen.

2.2

Jeder Bericht dieser Art gibt nicht nur objektives Wissen, sondern auch die Meinungen derer wieder, die daran gearbeitet haben.

Keiner, der die vielfältigen Meinungen und Richtungen in der internationalen und bundesdeutschen Psychiatrie überschaut, kann bezweifeln, daß durch die Auswahl der Mitglieder der Sachverständigen-Kommission, die „der zuständige Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Käthe Strobel berief", für wesentliche Ergebnisse des Berichtes schon vorweg Weichen gestellt wurden. Es ist aus dem Bericht *nicht* ersichtlich, nach welchen Gesichtspunkten diese Auswahl erfolgt ist.

— Die stationäre Betreuung psychisch Kranker erfolgte, gemessen an der Bettenverteilung (Bericht S. 87, Abb. 4) zu 67,1 v. H. in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und zu 24,3 v. H. in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke; das sind zusammen 91,4 v. H.

  Von 26 Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission sind vier (= 15,4 v. H.) in diesem Bereich tätig.

— Im ambulanten Bereich wird dem Bericht zufolge von den Niedergelassenen Nervenärzten „der größte Teil psychisch Kranker" behandelt. Der Kommission gehörte lediglich ein niedergelassener Nervenarzt an; in der Arbeitsgruppe „Extramurale Dienste", die insgesamt zwölf Mitglieder umfaßte, war lediglich ein weiterer Niedergelassener Nervenarzt beteiligt.

  Eine Arbeitsgruppe, die sich mit den besonderen Aufgaben der Niedergelassenen Nerven-, Allgemein- und sonstigen Ärzte befaßte, gab es bedauerlicherweise nicht.

— Bemerkenswert ist, daß von den 26 Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission 11 hauptamtlich an Universitäten tätig waren und sechs weitere (vier jetzt in psychiatrischen Großkrankenhäusern und zwei in der Verwaltung) dem Lehrkörper einer Universität angehörten, wohingegen die Zahlen des Berichtes zeigen, daß die überwiegende Mehrzahl der psychisch Kranken und Behinderten *nicht* an Universitäten versorgt wird, da die Universitäten hauptsächlich für die Lehre und Forschung zuständig sind.

  Weitere acht Mitglieder der Kommission sind in der Verwaltung tätig. Darunter befinden sich die Psychiatriereferenten von fünf Bundesländern (einschl. Schleswig-Holstein); die anderen fünf Bundesländer und West-Berlin einschließlich aller drei Stadtstaaten, waren nicht vertreten.

Bei Betrachtung der Zusammensetzung der Kommission kann es nicht verwundern, daß viele Passagen des Berichtes weitgehend von theoretischen Überlegungen ausgehen. Stellenweise kann der Leser sich des Eindrucks nicht erwehren, daß hier der Theoretiker, der sicher im abstrakten Sinne außerordentlich fach- und sachkundig ist, dem Praktiker, der die Arbeit macht, zu sagen versucht, wie er seine Arbeit machen soll.

2.3

Möglicherweise im Zusammenhang mit dem vorigen Punkt klingt an vielen Stellen des Berichtes, wenn auch in der Zusammenfassung weniger deutlich erkennbar, eine Tendenz an, der gesamten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter eine andere, eine neue Form zu geben, wobei hinter den fachlichen Argumenten und trotz der Betonung der gemeindenahen Versorgung, dirigistische und zentralistische Tendenzen anzuklingen scheinen.

Im sozialen Bereich gewachsene Strukturen aus theoretisch noch so gut begründbaren Überlegungen her erheblich verändern zu wollen, bringt oft schwere Risiken mit sich, die im Bericht nicht genügend betont werden.

2.4

Der Anstoß, die Bundesregierung mit der Erstellung einer Enquete zu beauftragen, ging von dem vielzitierten Mangel an „humanen Grundbedürfnissen der in diesen Krankenhäusern (d. h. in psychiatrischen Fachkrankenhäusern) lebenden Patienten" aus, die, wie es in der Zusammenfassung einleitend heißt (S. 6), „vor aller Reform ... befriedigt werden müssen". Es wurde die Sachverständigen-Kommission ins Leben gerufen, um die inhumanen Zustände bei etwa 100 000 Patienten, ca. 0,16 v. H. der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, zu verbessern. Hierbei handelt es sich um eine Aufgabe, deren Realisierung denkbar erscheint und an deren Lösung tatsächlich in allen Bundesländern schon seit Jahren gearbeitet wird. In dem Bericht wird nun jedoch auf den meisten der 426 Seiten dargelegt, wie die 10 bis 12 v. H. der gesamten Bevölkerung der Bundesrepublik, d. h. etwa 6 bis 7 Millionen, vom Säugling bis zum Greis, die nach Meinung der Kommission (wie viele der einzelnen Mitglieder würden sich für diese aus angreifbaren, wenn nicht gar unzulässigen Hochrechnungen gewonnenen Schätzwerte verbürgen?) einer wie auch immer gearteten Betreuung, Beratung, Versorgung, Behandlung oder Pflege bedürften. Das Utopische dieser Forderung soll mit einer einzigen Zahl nur illustriert werden. Wenn für 6 Millionen Menschen nur je 1 Stunde psychiatrische Zuwendung pro Jahr gewährt würde, würden damit die etwa 3 000 in der Bundesrepublik Deutschland tätigen Psychiater voll ausgelastet sein. Zeit für die Versorgung der vielen stationär untergebrachten und ambulant zu versorgenden psychisch Kranken und Behinderten stünde dann nicht mehr zur Verfügung.

2.5

Schwierigkeiten ergeben sich ferner aus der Vieldeutigkeit des Berichtes bei der Erarbeitung von Prioritäten für die tatsächliche Planung in einem Lande. Während sich im Text des Berichtes und

mehr noch in der Planungsstudie vorwiegend Argumente finden *gegen* die bestehende Versorgungsstruktur mit psychiatrischen Fachkrankenhäusern und entsprechenden Forderungen nach einer totalen Neustrukturierung der Versorgung, heißt es an anderer Stelle „... daß die Beseitigung grober inhumaner Mißstände unbedingt jeder Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter vorauszugehen hat" (Prioritätenkapitel S. 408). „Diese Grundforderung muß auch bei jeder Verwirklichung von Reformen berücksichtigt bleiben" (Bericht: Zusammenfassung, S. 35 ff.).

2.6

Die im Bericht völlig ausgeklammerten finanziellen Konsequenzen, die sich aus den erhobenen Forderungen nach einer Neuordnung der psychiatrischen Versorgung ergeben, lassen sich z. T. der Planungsstudie entnehmen.

— Die Umrechnung der Bedarfszahlen von Abbildung 12 (S. 286) der Planungsstudie auf die Bevölkerung von Schleswig-Holstein ergibt einen Mangel von ganz grob gerechnet 7 000 Pflege- und Übergangsheimplätzen. Wenn man den Platz mit etwa 50 000 DM ansetzt, würde das eine Summe von 350 Millionen DM erfordern. Für die stationäre psychiatrische Versorgung werden z. Z. in Schleswig-Holstein aus Krankenhausfinanzierungsmitteln und aus Mitteln des Sanierungsprogramms der Landeskrankenhäuser pro Jahr etwa 20 Millionen aufgebracht.

— Die Bedarfszahlen für Ärzte der Tabelle 16 (S. 289) der Planungsstudie, umgerechnet auf die Bevölkerung von Schleswig-Holstein, ergibt einen Gesamtbedarf von 922 Ärzten und Psychologen. Der grobe Überschlag der tatsächlich in Schleswig-Holstein mit der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter befaßten Ärzte und Psychologen ergibt die Zahl von etwa 200. Daraus errechnet sich ein „Fehlbedarf" von 722.

Schon diese Zahlen lassen erkennen, daß wegen der finanziellen Konsequenzen eine Realisierung der erhobenen Forderungen kurz- und mittelfristig für die hier zuständigen Länder nicht möglich ist. Auch die Abdeckung des sich ergebenden Personalbedarfes — eine 4½fache Vermehrung der Ärzte und Psychologen — erscheint schon, abgesehen von den finanziellen Auswirkungen, für die absehbare Zukunft als völlig utopisch. Es ist einfach nicht vorstellbar, so viel Fachleute auszubilden und so viel geeignete Anwärter für eine solche Ausbildung zu finden.

Die Bedeutung der Planungsstudie, wie aus diesen beiden Beispielen zu erkennen, liegt meiner Ansicht nach darin, daß die im Bericht erhobenen Forderungen so nicht als sinnvolle Planung angesehen werden können, sondern den Realitäten angepaßt werden müssen.

2.7

Die Forderung nach einer gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter und die sich konsequenterweise daraus ergebende Reduzierung, bzw. auf lange Sicht hin Aufgabe der psychiatrischen Krankenhäuser, wird mit den im vergangenen Jahrzehnt gemachten Erfahrungen in anderen Ländern begründet. Hierbei wird im Bericht vor allem immer wieder auf die offiziellen Darstellungen der Erfahrungen in England und Wales hingewiesen. Zwei Dinge werden jedoch im Bericht nicht ausreichend betont: Einmal sind die Berichte *der* Stelle, die dort oft gegen erheblichen Widerstand der Fachleute die Veränderung der Dienste durchgesetzt hat, nicht notwendigerweise in jeder Weise zuverlässig; und zweitens werden im Bericht Hinweise darauf, daß es auch nicht wenige kritische Beurteilungen der durchgeführten Veränderungen gibt, nur am Rande erwähnt (Kapitel A. 6 zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in anderen Ländern — S. 163 bis 188 —). Es mehren sich die Berichte über negative Auswirkungen, die auch bei einer extramuralen und gemeindenahen dezentralisierten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu finden sind. Eine Reihe von Aufsätzen (s. Literaturverzeichnis am Ende meiner Stellungnahme) wurde von meinem Psychiatriereferenten zusammengestellt.

2.8

Auf den Widerspruch, der in den beiden Forderungen liegt, einmal nach einer gemeindenahen, dezentralisierten (und damit notwendigerweise entspezialisierten, generalisierten) Versorgung, und zum anderen nach einer bedarfsgerechten, spezialisierten (und damit notwendigerweise zentralisierten) Versorgung, ist zwar Kulenkampff, der Vorsitzende der Planungskommission, in einem Aufsatz eingegangen (s. Literaturverzeichnis), doch wird dieses echte Dilemma im Bericht der Sachverständigen-Kommission nicht erwähnt.

3 Einzelprobleme

In den folgenden Abschnitten werden ohne Anspruch auf Vollständigkeit einige Probleme angesprochen, die sich aus Widersprüchen zwischen den Forderungen des Berichtes und den Planungserfahrungen in Schleswig-Holstein ergeben haben.

3.1 Stationäre Versorgung

3.1.1

Bei der stationären Versorgung lassen unsere Erfahrungen an den in der Planungsstudie aus den Forderungen des Berichts errechneten Bettenmeßziffern Zweifel aufkommen, worauf schon hingewiesen wurde. Nach der Studie werden insgesamt (einschließlich Übergangsbereich und Pflegeeinrichtungen) 5,74 Betten/Plätze pro 1 000 der Bevölkerung

für erforderlich gehalten. In Schleswig-Holstein haben wir (vorausgesehener Stand für den 1. Januar 1978) für die stationäre Versorgung (geschätzt; genaue Unterlagen aus dem Pflegeheimsektor liegen z. Z. nicht vor) psychisch Kranker und Behinderter lediglich 3,59 Betten/Plätze pro 1 000 der Bevölkerung.

3.1.2

Das vielleicht schwerwiegendste Problem, wozu der Bericht *keine* Stellung bezieht, ist die Frage der Kostenzuständigkeit für die komplementären (in Schleswig-Holstein flankierenden) Einrichtungen.

Während die Krankenkassen die Pflegekosten für Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern aufgrund einer im Lande geschlossenen Ablösungsvereinbarung zum Halbierungserlaß jetzt auch für lange Zeiträume bei Vorliegen der entsprechenden Bedingungen übernehmen, haben sie bisher grundsätzlich die Kostenübernahme für flankierende Einrichtungen (Übergangs-, Wohn- und psychiatrische Krankenheime) abgelehnt mit der Begründung, daß es sich bei diesen Einrichtungen nicht um Krankenhäuser i. S. von § 184 oder § 184 a der Reichsversicherungsordnung handele. Ähnliche Erfahrungen sind in anderen Bundesländern gemacht worden, wie eine Umfrage der Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger kürzlich ergab und von der mir bisher 13 Antworten der 22 Träger bekanntgeworden sind.

Da die Krankenkassen die Übernahme der Pflegekosten ablehnen, muß bei diesen flankierenden Einrichtungen, falls Ansprüche vorliegen, der überörtliche Sozialhilfeträger eintreten, mit allen den sich daraus für den Patienten und u. U. auch für seine Angehörigen ergebenden Konsequenzen.

Aus dieser Lage ergibt sich, daß es schwierig ist, die für eine soziale (und u. U. auch schon beginnende berufliche) Rehabilitation, bei Fortsetzung der medizinischen Rehabilitation, geeigneten Patienten in Übergangseinrichtungen zu verlegen.

Daraus ergibt sich die weitere Folge, daß es zunehmend schwieriger wird, Träger für neu zu errichtende flankierende Einrichtungen zu gewinnen. Auf der anderen Seite sind die schon funktionierenden psychiatrischen Abteilungen an Akutkrankenhäusern *nicht* in der Lage, ihrer Aufgabe der Koordinierung der Gesamtversorgung gerecht zu werden. Die Abteilungen müßten dazu entweder weiterhin mit den Landeskrankenhäusern zusammenarbeiten und ihre mittelfristigen oder langfristigen Patienten dorthin verlegen („Zweiklassenpsychiatrie") oder sie sind in kurzer Zeit mit „neuen chronischen" Patienten voll belegt, so daß sie akute Fälle nicht mehr aufnehmen können.

3.1.3

Obwohl in der Zusammenfassung (S. 36, 3. a) der Heimsektor besonders angesprochen ist, fehlen im Text ausreichende Hinweise auf die Funktion der Pflegeheime. Wie auf S. 102 des Berichtes ausgeführt, wurden von der Sachverständigen-Kommission lediglich die Heime mit über 100 Betten berücksichtigt. Im Lande Schleswig-Holstein werden etwa 3 000 Patienten in Heimen und ähnlichen Einrichtungen versorgt, von denen die meisten weniger als 100 Plätze haben.

Das ist immerhin ⅓ aller stationär versorgten psychisch Kranken und Behinderten im Lande Schleswig-Holstein. Hier handelt es sich um „echte" Pflegefälle, bei denen Rehabilitationsmaßnahmen in sehr begrenztem Umfang durchgeführt werden.

3.2

Bei der ambulanten Versorgung stellen uns in Schleswig-Holstein die Beratungsstellen, vor allem die Beratungsstellen für Abhängige, vor erhebliche Probleme, für die im Bericht keine Lösungsvorschläge zu finden sind. Insbesondere fehlen für diese wie auch für andere Beratungsstellen rechtliche Grundlagen zur Regelung der Finanzierung.

3.3

Bei der Versorgung spezieller Patientengruppen ergeben sich für Schleswig-Holstein Abweichungen von den Empfehlungen des Berichtes.

3.3.1

Die Entwicklung eines eigenständigen Versorgungs*systems* für geistig und seelisch Behinderte (Bericht, S. 17; im Original nicht gesperrt) wird in Schleswig-Holstein nicht für vorrangig gehalten. Im Rahmen der Sanierung, Modernisierung und Umstrukturierung der Landeskrankenhäuser ergeben sich Möglichkeiten, besondere Versorgungs*bereiche* innerhalb der Landeskrankenhäuser zu schaffen, die eine bedarfsgerechte Versorgung auch dieser Behindertengruppe ermöglichen werden. Die Erfahrungen in England mit gesonderten Versorgungssystemen für geistig Behinderte werden von denen, die daran arbeiten, häufig negativ beurteilt, vor allem deshalb, weil es nur schwer gelingt, eine genügende Anzahl von motivierten Mitarbeitern für diesen Bereich zu gewinnen. Es erscheint deshalb aus grundsätzlichen Überlegungen fraglich, ob hier wirklich diese Forderung nach einem gesonderten Versorgungssystem aufrechterhalten werden sollte.

3.3.2

Die Unterbringung psychisch kranker Straftäter (Bericht S. 26: Zusammenfassung 3.8.3) nimmt m. E. nicht genügend Rücksicht auf die jeweilige Größe der Bundesländer. Die Zahl der unter Abs. 1 angesprochenen „besonders sicherungsbedürftigen Patienten" hat über eine lange Beobachtungszeit in Schleswig-Holstein immer unter 50 gelegen. Auch nach Inkrafttreten des neuen Strafrechts hat sie sich nicht wesentlich geändert. Wir halten es aus Gründen der Größenordnung und aus gegebenen räumlichen Gründen nicht für möglich, das für die Unterbringung dieser Patienten erforderliche gesicherte Haus *außerhalb* des Krankenhauskomplexes einzurichten.

3.3.3

Die Empfehlungen zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher (Bericht S. 24/25: Zusammenfassung 3.7.1) erscheinen besonders unrealistisch. Die in Absatz 2 gestellte Forderung nach einer „vollständigen, multidisziplinär besetzten Arbeitsgruppe" für je 50 000 Einwohner würde in Schleswig-Holstein 50 derartige Zentren erfordern. Wenn man jedes Zentrum nur mit einem Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie besetzen wollte, bestünde ein Bedarf von 50 Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Lande Schleswig-Holstein gibt es z. Z. weniger als zehn Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie sind alle vorwiegend bei der Versorgung stationär untergebrachter psychisch kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher eingesetzt. Schon in diesem Bereich besteht ein z. Z. nicht zu deckender zusätzlicher Bedarf an Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Im Lande Schleswig-Holtein muß deshalb die Erfüllung dieser Forderung des Berichts für einen voraussehbaren Zeitraum für unmöglich angesehen werden.

Nach der Erfahrung in diesem Bundeslande haben derartige Forderungen nur zu leicht die Folge, daß diejenigen, die solche Forderungen erheben, nicht ernst genommen werden.

Die in Absatz 1 (S. 14) erhobene Forderung nach einer Zusammenfassung der Dienste „unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu Trägern und Verwaltungen zu Verbundsystemen" übersieht die meist gesetzlich begründeten unterschiedlichen Kostenzuständigkeiten. In dieser Forderung scheint sich eine gröbliche Verkennung der Realität unserer Verwaltungsstrukturen auszudrücken oder sogar, um einer vermeintlich besseren Versorgung willen, der Wunsch nach einer grundsätzlichen Veränderung unseres Verwaltungssystems.

Abschließend zum Abschnitt 3 wird noch einmal betont, daß nur einige wenige Einzelprobleme angesprochen werden konnten. Daraus, daß andere Einzelprobleme nicht angesprochen werden, kann nicht auf meine Zustimmung geschlossen werden.

4 Bericht über die Entwicklung in Schleswig-Holstein

Gegenüber den von mir mit Stichtag 30. Mai 1973 gelieferten Daten über die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter und dem in meinem Schreiben vom 8. Oktober 1975 gegebenen Zwischenbericht haben sich im Lande Schleswig-Holstein eine ganze Reihe von wesentlichen Verbesserungen erreichen lassen:

4.1

Die Maßnahmen zur baulichen Sanierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser sind zügig fortgesetzt worden. Durch Errichtung von Neubauten und durch die Grundsanierung von erhaltenswerten Altbauten ist bereits heute ein beachtlicher Stand erreicht worden. Dies gilt sowohl für die Landeskrankenhäuser in Schleswig, Neustadt und Heiligenhafen als auch für die freigemeinnützigen Einrichtungen Ricklinger Anstalten und Diakoniewerk Kropp. Der weitere Ausbau dürfte bis Mitte der achtziger Jahre abgeschlossen sein.

4.2

Neben der baulichen Modernisierung der Landeskrankenhäuser ist eine gezielte Reduzierung der Soll-Bettenzahlen dieser Häuser vorgenommen worden. Am 1. Januar 1978 werden sich die Bettenzahlen wie folgt vermindert haben:

Landeskrankenhaus Schleswig-Stadtfeld
von 1 650 um 300 auf 1 350,

Landeskrankenhaus Neustadt
von 1 200 um 50 auf 1 150,

Landeskrankenhaus Heiligenhafen
von 1 550 um 350 auf 1 200,

Landeskrankenhaus Schleswig-Hesterberg
von 800 um 50 auf 750.

Eine weitere Reduzierung der Betten der Landeskrankenhäuser soll möglicherweise Anfang oder Mitte der achtziger Jahre erfolgen, wenn es gelingt, eine ausreichende Versorgung der psychisch Kranken sicherzustellen. Damit werden wir den Vorstellungen des Berichts über die Größenordnung von psychiatrischen Krankenhäusern ein beträchtliches Stück nähergekommen sein.

4.3

Mit der Inbetriebnahme der psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern in Itzehoe (122 Betten) und Neumünster (90 Betten) sind inzwischen die Voraussetzungen für eine dezentralisierte psychiatrische Versorgung des Kreises Steinburg und des Bereiches der Stadt Neumünster im Sinne von Regelversorgungsgebieten geschaffen worden. Zwei weitere Abteilungen für die Bereiche des Kreises Pinneberg und der Stadt Kiel befinden sich in der Planung. Zur Unterstützung dieser klinischen Abteilungen sind flankierende (komplementäre) Einrichtungen in Neumünster und Kiel bereits erstellt worden; weitere Einrichtungen befinden sich in der Planung.

4.4

Die Arbeiten zur Erstellung eines Psychiatrieplanes für das Land Schleswig-Holstein sind soweit fortgesetzt worden, daß die Vorlage noch in der laufenden Legislaturperiode des Schleswig-Holsteinischen Landtages erfolgen wird.

4.5

Zur Ablösung des Gesetzes über die Unterbringung von psychisch Kranken und Süchtigen aus dem Jahre 1957, das im wesentlichen ordnungsrechtlichen Charakter hat, ist ein Gesetz über Hilfen, Hilfsmaßnahmen und die Unterbringung für psychisch

Kranke und Behinderte vorgesehen; der Referentenentwurf zu diesem Gesetz befindet sich in der Abstimmung.

4.6

Die Zahl der Beratungsstellen (insbesondere Suchtberatung) hat seit 1975 weiter zugenommen. Zwei Einrichtungen werden als Modelleinrichtungen vom BMJFG gefördert.

4.7

Im Jahre 1969 waren in Schleswig-Holstein 26 Nervenärzte niedergelassen und für die Kassenpraxis zugelassen. Diese Zahl ist inzwischen auf über 50 angestiegen. Bei rd. 2,5 Millionen Einwohnern in Schleswig-Holstein ist damit der Stand erreicht, den der Psychiatriebericht als erforderlich ansieht, nämlich auf je 50 000 Einwohner ein Nervenarzt.

4.8

Zur Koordinierung der Psychiatrieaufgaben im Lande Schleswig-Holstein ist im Jahre 1975 ein Fachbeirat für Psychiatrie errichtet worden. Diesem Beirat gehören an:

Je ein Vertreter der Niedergelassenen Allgemeinärzte und der Niedergelassenen Nervenärzte,

die Leiter der Abteilungen Psychiatrie im Bereich der Christian-Albrechts-Universität Kiel

und der Medizinischen Hochschule Lübeck,

ein Vertreter der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Ärzte,

ein Vertreter der Ärztlichen Direktoren der Landeskrankenhäuser,

ein Vertreter der Träger freigemeinnütziger psychiatrischer Einrichtungen,

ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände des Landes Schleswig-Holstein

sowie der Referent für Psychiatrie im Schleswig-Holsteinischen Sozialministerium.

Die Leitung des Beirates sowie die Geschäftsführung wird vom Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein wahrgenommen.

5 Zusammenfassung

— Die Arbeit der Sachverständigen-Kommission und ihr Bericht haben dazu beigetragen, die Öffentlichkeit stärker als bisher über die Probleme der psychisch Kranken und Behinderten zu informieren. Man hätte sich aber gewünscht, daß der Bericht zu besonders emotional besetzten Teilproblemen, die gerade jetzt in der Öffentlichkeit lebhaft diskutiert werden, wie die „Antipsychiatrie", klar Stellung bezogen hätte.

— Der Bericht stellt ein imponierendes, enzyklopädisches Werk dar, bei dessen Umfang und Vielseitigkeit es sich nicht vermeiden ließ, daß auch einseitige und sich widersprechende Aussagen darin zu finden sind.

— Von dem Bericht werden wesentliche Anregungen für die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik ausgehen. Die in dem von Fachleuten verfaßten Bericht erhobenen Forderungen, die über das real Machbare hinausgehen, werden im planerischen Alltag die notwendigen Korrekturen erfahren.

— Die sehr weitgehenden Forderungen des Berichts, so wünschenswert ihre Verwirklichung auch erscheinen mag, werden von manchen Seiten und auch in der politischen Diskussion aufgegriffen werden. Für die sachliche Auseinandersetzung wird es notwendig sein, die bei der Anwendung völlig neuer Konzepte in anderen Ländern gemachten negativen Erfahrungen stärker zu beachten, als es der Bericht tut.

— Am Ende dieser Stellungnahme soll die wichtigste Forderung des Berichtes der Sachverständigen-Kommission wiederholt werden, über die bei allen Beteiligten Einigkeit bestehen sollte: „Die Beseitigung grober inhumaner Mißstände hat jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen" (Bericht S. 35: Zusammenfassung 3.16).

Die heute mögliche Beseitigung unzureichender Zustände in bestehenden Einrichtungen darf nicht noch länger zugunsten einer unrealistischen Zukunftsplanung zurückgestellt werden.

Im Auftrag

Dr. Hopf

Literaturverzeichnis

Arnhoff, F. N.: Social consequences of policy toward mental illnes. Science 188, 1277—1281 (1975)

Arnhoff, F. N.: Gesellschaftliche Konsequenzen von politischen Entscheidungen über die Behandlung von Geisteskranken, Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 5, 135 bis 146 (1976)

Babiker, I. E.: Determinants of Prolonged Hospitalization. The Bulletin of the Royal College of Psychiatrits November 1977, Seite 8—9

Boroffka, A.: Zur Bedeutung des „Berichtes über die Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" für die Planung der Krankenhaus-Psychiatrie in Schleswig-Holstein, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 28, 372 bis 378 (1976)

Boroffka, A.: Major constraints on the development of mental health services in the Federal Republic of Germany. A working paper for a WHO Working Group in Cork, Ireland, 28 June to 1 July 1977

Brandon, S.: Community psychiatry, News and Notes; Supplement to the Brit. J. Psychiat. November 1973

Dilling, H.: Niedergelassene Nervenärzte in der psychiatrischen Versorgung. Nervenarzt 48, 586 bis 602, 1977

Dörner, K.: Bürger und Irre — Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt 1969

Early, D. F., Nicholas, M.: 'Dissolution of the Mental Hospital': Fifteen Years On. Brit. J. Psychiat. 130, 117—122 (1977)

Foucault, M.: Psychologie und Geisteskrankheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag 1968

Foudraine, J.: Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag 1976

Fullerton, A. G., Young, K.: From mental Hospital to psychiatric department. Health and Social Service Journal, January 31, 1976, 210—211

Helander: zitiert von Groll, E.: Patienten fürchten sich draußen. Der Wohlfahrtsstaat erschwert die Resozialisierung. Bericht über ein Rehabilitationssymposium in Schweden, Euromed 13, 1019 bis 1020 (1975)

Hippius, H., Lauter, H.: Standorte der Psychiatrie — Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft. München: Urban & Schwarzenberg 1976

Kirk, S. A., Therrien, M. E.: Community mental health myths and the fate of former hospitalized patients. Psychiatry 38, 209—217 (1975)

Kulenkampff, C.: Kritisches bei der Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik. In „Standorte der Psychiatrie; zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft (H. Hippius und H. Lauter, Herausgeber) München, Wien, Baltimore, Urban & Schwarzenberg (1976)

Kunze, H.: Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? Entwicklungstendenzen der stationären Versorgung chronisch psychisch Kranker in England, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Nervenarzt 48, 83 bis 88 (1977)

Kunze, H.: Komplementäre Dienste und Heime, Nervenarzt 48, 541 bis 547, (1977)

Laing, R. D.: The Politics of Experience. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books Inc. 1970

Lamb, H. R.: The Long-Term Patient in the Era of Community Treatment. Archives of General Psychiatry 34, 679—682 (1977)

Matussek, P.: Die Ideologieanfälligkeit der Psychiatrie. In: Hippius, H., Lauter, H. (Hrsg.): Standorte die Psychiatrie. München: Urban & Schwarzenberg 1976

Mental health reform falis. New York: Modern Healthcare Dec. 1975, 45—48

Nielsen, J.: Nielsen, J. A.: Eighteen years of community psychiatric services in the island of Sams. Brit. J. Psychiat. 131, 41—48 (1977)

Peters, U. H.: Laings Negativmodell des Irreseins. Nervenarzt 48, 478 bis 482 (1977)

Peters, U. H.: Mary Barness: Psychose als Fiktion. Nervenarzt 48, 533 bis 540 (1977)

Reimer, F.: Die Psychiatrie-Reform am psychiatrischen Krankenhaus. Nervenarzt 48, 306 bis 309 (1977)

Roth, M.: Schizophrenia and the theories of Thomas Szasz. Brit. J. Psychiat. 129, 317—326. 1976

Sansweet, S.: Release of mentally ill into communities stirs much debate and fear. Wall Street Journal 188, 1+18 (19. Aug. 1976)

Schmidt, L. J. et al.: Thementally ill in nursinghomes. Arch. Gen. Psychiatry 34, 687—691 (1977)

Schwarz, R.: Michael, J.: Zum Konzept von (psychischer) Behinderung. Nervenarzt 48, 656 bis 662 (1977)

Szasz, T. S.: The Myth of Mental Illness, New York 1961

Szasz, Th.: Die Fabrikation des Wahnsinns. Gegen Macht und Allmacht der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag 1976

Szasz, Th.: Schizophrenia: the sacred symbol of psychiatry. Brit. J. Psychiat. 129, 308—316. 1976

Szasz, Th.: Szasz on schizophrenia (Correspondence). Brit. J. Psychiat. 130, 520—321. 1977

Ergänzung zu der Stellungnahme vom 22. November 1977

5. Januar 1978

Schleswig-Holstein hat eine Bevölkerung von etwa 2,5 Millionen Einwohner. Es wird davon ausgegangen, daß diese Einwohnerzahl auch für den Planungszeitraum bis etwa 1985 konstant bleiben wird. Die Planung setzt eine noch größere Intensität der schon vorhandenen Zusammenarbeit stationärer Einrichtungen mit den für die ambulante Behandlung zuständigen Niedergelassenen Ärzten, den daneben bestehenden Beratungsstellen und den sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter voraus.

Dies soll dadurch erreicht werden, daß einmal die Regelversorgungsgebiete in Zukunft kleiner sein werden, und daß zum anderen in den Regelversorgungsgebieten bestimmte Einrichtungen mit der Koordination der vorhandenen Versorgungseinrichtungen betraut werden sollen.

Die psychiatrische Versorgung in Schleswig-Holstein soll nach dem derzeitigen Planungsstand in Zukunft etwa in der folgenden Weise durchgeführt werden:

1

Die allgemeine psychiatrische stationäre Versorgung soll im wesentlichen in Regelversorgungsgebieten erfolgen.

Schon seit dem 5. März 1964 wurden den drei in Schleswig-Holstein bestehenden Landeskrankenhäusern geographisch fixierte Aufnahmegebiete zugeordnet.

Durch die Errichtung von psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern in Neumünster und Itzehoe hat sich seit dem 1. Januar 1978 die Zahl der „Regelversorgungsgebiete" auf fünf erhöht. Gleichzeitig damit konnte, wie schon in unserer erwähnten Stellungnahme ausgeführt, die Zahl der Planbetten an den Landeskrankenhäusern um 500 reduziert werden.

Vorbereitungen für zwei weitere Regelversorgungsgebiete haben begonnen, mit deren Errichtung Anfang der 80er Jahre gerechnet werden kann.

Insgesamt sollen in den dann schließlich sieben Regelversorgungsgebieten etwa 3 600 Betten zur allgemeinen psychiatrischen Versorgung zur Verfügung stehen.

2

Ein Teil der allgemeinen psychiatrischen Versorgung soll weiterhin in Einrichtungen mit überregionalem Aufnahmebereich erfolgen, die insgesamt 850 Betten umfassen.

Hierzu gehören die beiden Universitätskliniken in Kiel und Lübeck, die aus Gründen der Lehre und Forschung weiterhin ihre Patienten aus ganz Schleswig-Holstein aufnehmen werden sowie einige für bestimmte Aufgaben vorgesehene Einrichtungen freigemeinnütziger Träger, die vorwiegend aus historisch bedingten Gründen zunächst ihre Aufgaben weiterhin ohne eine Bindung an bestimmte Regelversorgungsgebiete wahrnehmen werden.

3

Die Versorgung spezieller Patientengruppen erfolgt teils zentral, teils in kleinen unabhängigen Einheiten und teils in Spezialabteilungen der Landeskrankenhäuser. Für die Versorgung spezieller Patientengruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtbehandlung, forensische Psychiatrie) sind insgesamt 1350 Betten vorgesehen.

4

Die stationäre psychiatrische Versorgung, für die insgesamt etwa 5 800 Betten bereitgestellt werden sollen, wird in der folgenden Tabelle dargestellt, die zunächst noch eine Diskussionsgrundlage ist, da die Planung noch nicht endgültig abgeschlossen werden konnte.

5

Die in der Tabelle im vorhergehenden Abschnitt mitgeteilten Bettenzahlen schließen ein:

1. klinische Abteilungen für Akutbehandlung an Allgemeinkrankenhäusern und Landeskrankenhäusern,
2. klinische Abteilungen für mittel- und langfristige Behandlung einschließlich Übergangseinrichtungen,
3. Spezialeinrichtungen und Spezialabteilungen an Landeskrankenhäusern,
4. Abteilungen und Einrichtungen für chronisch Kranke, die einer Versorgung bedürfen, die über das in Pflegeheimen übliche Angebot hinausgeht, wobei es sich insbesondere um eine fachärztliche und fachpflegerische Betreuung handelt.

6

Bei der unter Nummer 5.4 genannten Patientengruppe besteht wegen der noch nicht eindeutig geklärten Rechtslage keine ausreichende Klarheit darüber, welcher Kostenträger für die Pflegekosten zuständig ist.

Die Einzelfallprüfung wird, wenn sie den höchstrichterlichen Entscheidungen folgt, bei diesen Patienten häufig das Vorliegen einer Krankheit sowie von Behandlungsbedürftigkeit mit den Mitteln eines Krankenhauses feststellen. In Schleswig-Holstein ist diese Auseinandersetzung, die vor allem mit den gesetzlichen Krankenkassen im Gange ist, noch nicht abgeschlossen, was sich zunächst noch in Ablehnungen der Kostenübernahme in Einzelfallprüfungen zeigt als aber auch darin, daß bestimmte für die mittel- und langfristige Behandlung vorgesehene Spezialeinrichtungen, z. B. Übergangseinrichtungen bzw. Spezialkrankenhäuser zur Nachbehandlung, bisher noch nicht immer als Krankenhäuser nach § 184 oder auch nach 184 a der Reichsversicherung akzeptiert worden sind. Die Diskussionen über diesen Bereich sind im Gange, so daß zu hoffen ist, daß hier innerhalb der nächsten Zeit eine Klärung möglich sein wird.

7

Eine weitere Gruppe von psychisch Kranken und Behinderten, die nicht ausschließlich ambulant versorgt werden können, wird in Pflegeheimen versorgt. Für die Pflegekosten dieser Patientengruppe kann eine Zuständigkeit der Krankenkassen nicht angenommen werden.

Tabelle 1

Art der Versorgung	Versorgungsgebiete		Bettenzielplanung	
	Bezeichnung	Einwohner-zahl	Betten-zahl	Betten ‰ Bevölke-rung
Allgemeine Psychiatrie	RVG I (Stadt Flensburg, Kreise Schleswig-Flensburg, Nordfriesland, Rendsburg-Eckernförde/Teil, Dithmarschen)	670 000	1 050	*1,5*
	RVG II (Kreise Rendsburg-Eckernförde/Teil, Plön, Segeberg, Ostholstein/Teil)	439 000	875	*2,0*
	RVG III (Stadt Lübeck, Kreise Stormarn, Lauenburg, Ostholstein/Teil)	666 000	730	*1,1*
	RVG IV (Stadt Neumünster)	85 000	160	*1,9*
	RVG V (Kreis Steinburg)	130 000	296	*2,3*
	RVG VI (Kreis Pinneberg)	250 000	275	*1,1*
	RVG VII (Stadt Kiel)	260 000	210	*0,8*
	RVG I—VII	2 500 000	3 596	*1,4*
	Überregionale Versorgung	—	856	*0,3*
Allgemeine Psychiatrie	Schleswig-Holstein	2 500 000	4 452	*1,7*
Spezialversorgung	Kinder- und Jugendliche	—	650	*0,26*
	Suchtbehandlung	—	528	*0,21*
	Forensische Psychiatrie	—	170	*0,06*
Spezialversorgung	Alle Gruppen	2 500 000	1 348	*0,53*
Psychiatrische Gesamtversorgung	Schleswig-Holstein	2 500 000	5 800	*2,3*

Die Zahl dieser Patienten ist nicht vollständig zu quantifizieren, da keine genaue Abgrenzung von Pflegebedürftigen wegen geistiger Behinderung von denen mit einer Pflegebedürftigkeit wegen körperlicher Behinderung möglich ist.

Der derzeitige Bestand solcher Patienten in *gesondert* erfaßbaren Einrichtungen beträgt 1 796, was einem zusätzlichen Bettenschlüssel von 0,71 v. T. Einwohner entspricht.

Die Gesamtzahl dieser Patientengruppe dürfte wesentlich höher liegen.

8

Die ambulante Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erfolgt in folgender Weise:

8.1

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag erfolgt diese Versorgung in erster Linie durch die Niedergelassenen Ärzte, und zwar in erster Linie durch die Nervenärzte.

In Schleswig-Holstein sind z. Z. 63 Nervenärzte zur Kassenpraxis zugelassen, beteiligt bzw. ermächtigt, wodurch sich nominell eine Relation von einem Niedergelassenen Nervenarzt auf etwa 40 000 Einwohner ergibt.

Zur Beurteilung dieser Relation muß beachtet werden, daß die in der Enquete mitgeteilten Bedarfszahlen (1 : 50 000 Einwohner) sich auf psychiatrische Praxen beziehen, wo hingegen in der Bundesrepublik wie auch in Schleswig-Holstein praktisch alle Niedergelassenen Nervenärzte sowohl psychiatrische als auch neurologische Fälle behandeln.

Für eine grobe Schätzung wird davon ausgegangen werden können, daß ca. 60 v. H. der in nervenärztlichen Praxen behandelten Fälle psychiatrische Störungen zeigen. Entsprechend dürften etwa 60 v. H. der erbrachten Leistungen auf psychiatrische Fälle entfallen.

Unter Berücksichtigung dieser Berechnung wäre eine Gesamtzahl von 73 an der Kassenpraxis beteiligten Ärzte zu fordern, um dem Vorschlag des Berichtes der Sachverständigen-Kommission von einem Psychiater pro 50 000 Einwohner zu entsprechen.

Insgesamt ist in Schleswig-Holstein in den vergangenen 15 Jahren eine ganz erhebliche „Verbesserung der nervenärztlichen" Versorgung eingetreten, wenn auch die Verteilung der nervenärztlichen Praxen im Lande noch nicht ganz befriedigend ist. Dies ist allerdings eine auch in anderen Flächenstaaten zu machende Beobachtung, da Facharztpraxen insgesamt und notwendigerweise dazu tendieren, in Städten lokalisiert zu sein.

Die folgende Tabelle 2 zeigt aufgeteilt nach Regelversorgungsgebieten, so wie sie in Tabelle 1 für die stationäre Versorgung vorgelegt wird, die Verteilung der nervenärztlichen Praxen nach dem Bestand vom 30. September 1977.

8.2

An der nervenärztlichen Versorgung nehmen weiterhin teil die psychiatrischen Polikliniken der Universität Kiel und der Medizinischen Hochschule Lübeck.

Diese beiden Einrichtungen können den Regelversorgungsgebieten nicht zugeordnet werden, da aus Gründen der Forschung und Lehre Patienten aus dem ganzen Land Schleswig-Holstein dorthin überwiesen werden.

Tabelle 2

Regionale Verteilung der zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Nervenärzte

RVG	Regionen Kreise bzw. kreisfreie Städte	Einwohner	Nervenärzte insgesamt	Nervenärzte (davon nur beteiligt oder ermächtigt)	Relation Nervenarzt : Einwohnerzahl
I	Stadt Flensburg, Kreise Schleswig-Flensburg, Nordfriesland, Rendsburg-Eckernförde/Teil, Dithmarschen		16	(5)	1 : 42 000
II	Rendsburg-Eckernförde/Teil, Plön, Segeberg, Ostholstein/Teil	439 000	10	(3)	1 : 44 000
III	Stadt Lübeck, Kreise Stormarn, Lauenburg, Ostholstein/Teil	666 000	15	(1)	1 : 44 000
IV	Stadt Neumünster	85 000	3	(1)	1 : 28 000
V	Kreis Steinburg	130 000	3	(1)	1 : 43 000
VI	Kreis Pinneberg	250 000	3	—	1 : 83 000
VII	Stadt Kiel	260 000	13	(2)	1 : 20 000
I bis VII	Schleswig-Holstein	2 500 000	63	(14)	1 : 40 000

8.3

An der ärztlichen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter nehmen ferner die Niedergelassenen praktischen Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin sowie in unterschiedlichem Ausmaß die Ärzte anderer Fachgebiete teil. Zahlenmäßig ist dieser Anteil an der Gesamttätigkeit dieser Niedergelassenen Ärzte nicht zu erfassen.

8.4

Für die psychotherapeutische Versorgung im engeren Sinne stehen zur Verfügung insgesamt 40 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie", davon dreißig der schon erwähnten 63 Nervenärzte und 10 Ärzte anderer Fachrichtungen.

Die Einbeziehung nichtärztlicher Psychotherapeuten in die Planung ist z. Z. nicht möglich. Ob das in der Zukunft der Fall sein wird, wenn das Gesetz verabschiedet ist, das die Tätigkeit dieser Gruppe regeln soll und wenn danach dann entsprechende Ausführungsbestimmungen erarbeitet sein werden, kann z. Z. noch nicht beurteilt werden.

8.5 Beratungsstellen

Neben der Behandlung durch die Niedergelassenen Ärzte und die Polikliniken der Universitäten ist im Vorfeld psychischer Erkrankung und Behinderung eine Beratung, Betreuung und Versorgung verschiedener besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen in Beratungsstellen vorgesehen, die meist von kommunalen und freigemeinnützigen Trägern unterhalten werden. Hierzu gehören die Drogenberatungsstellen, Eheberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen u. a.

Genauere Angaben über diese Einrichtungen soll der Psychiatrieplan enthalten.

8.6 Sozialpsychiatrische Dienste

Bestimmte Versorgungsleistungen, insbesondere im Zusammenhang mit dem vorgesehenen Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter, können durch die Niedergelassenen Ärzte auf der einen Seite und durch die Beratungsstellen der eben erwähnten Art auf der anderen Seite nicht ausreichend abgedeckt werden. Es wird davon ausgegangen, daß in jedem Kreis demnach ein Bedarf für sozialpsychiatrische Dienste besteht. Das erwähnte Gesetz wird hierzu erweiterte gesetzliche Grundlagen schaffen, wonach die kommunalen Gesundheitsämter diese Aufgabe wahrnehmen werden.

Schon jetzt sind, mit Ausnahme eines Kreises, in allen Kreisen und kreisfreien Städten sozialpsychiatrische Dienste tätig.

Ein Ausbau dieser Dienste wird nach Klärung der gesetzlichen Grundlagen konsequent fortgesetzt werden können.

9 Koordinations- und Integrationsgremien

9.1

Der Fachbeirat für Psychiatrie wurde in unserer Stellungnahme bereits erwähnt.

9.2

Für das Funktionieren der Versorgung in Regelversorgungsgebieten ist eine bestmögliche Koordination und Integration der verschiedenen ambulanten und stationären Dienste zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter unabdingbar.

Ein Teil dieser Zusammenarbeit ist durch die Personalunion verschiedener Aufgaben gewährleistet (Tätigkeit der Ärzte der Landeskrankenhäuser in Gesundheitsämtern, fachärztliche Betreuung flankierender bzw. komplementärer Einrichtungen durch die an den Krankenhausabteilungen bzw. Landeskrankenhäusern tätigen Fachärzten, Zusammenarbeit der Beratungsstellen mit den im gleichen Regelversorgungsgebiet ambulant oder stationär tätigen Fachärzten u. a.)

9.2.1 Kreis Steinburg

Auf unseren Antrag, den Kreis Steinburg im Rahmen der Modellaktion für eine Förderung mit Bundesmittel vorzusehen, wird hingewiesen. Die Koordination und Integration im Regelversorgungsgebiet Kreis Steinburg soll voraussichtlich durch das Kreisgesundheitsamt erfolgen.

9.2.2 Kreisfreie Stadt Neumünster

Der Chefarzt der neurologischen psychiatrischen Abteilung des Friedrich-Ebert-Krankenhauses in Neumünster ist gleichzeitig verantwortlich für die ärztliche Versorgung des psychiatrischen Behandlungszentrums Hahnknüll als flankierende bzw. komplementäre Einrichtung; darüber hinaus ist er beteiligt an anderen Projekten wie der Betreuung psychiatrischer Art in der Vollzugsanstalt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem städtischen Gesundheitsamt. Die Stadt Neumünster wird als Beispiel dafür erwähnt, daß sich schon allein durch die Einrichtung verschiedener ambulanter und stationärer Dienste in der Praxis eine Koordination und Integration ergibt, auch wenn keine speziellen Gremien dafür eingerichtet werden.

9.2.3 Kreis Dithmarschen

Dieser Kreis, der für sich allein genommen lediglich einen Niedergelassenen Nervenarzt hat, gehört zum Regelversorgungsgebiet I, der durch das Landeskrankenhaus Schleswig versorgt wird. Auch hier hat sich schon dadurch eine Koordination und Integration ergeben, daß Ärzte des Landeskrankenhauses am Gesundheitsamt der Kreisstadt Heide sozialpsychiatrische Aufgaben wahrnehmen.

9.2.4

Auch in anderen Regelversorgungsgebieten bestehen schon erfolgversprechende Ansätze für eine

Koordination und Integration. Es ist vorgesehen, wie in den vorhergenannten Beispielen bestimmte Stellen hiermit zu beauftragen.

Unter allen Umständen muß vermieden werden, daß durch die Entwicklung institutionalisierter Koordinations- und Integrationsgremien, die ja ohne einen nicht unerheblichen Zeitaufwand nicht funktionieren könnten, wertvolle Arbeitszeit der immer knappen Fachkräfte für die Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten verlorengeht.

10 Zusammenfassung

10.1

Verabredungsgemäß wird in Ergänzung zu meiner Stellungnahme als oberste Landesgesundheitsbehörde im Vorstehenden eine etwas mehr ins einzelne gehende Übersicht der bisher allerdings noch nicht endgültig mit allen Stellen abgestimmten Planungskonzepte zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in Schleswig-Holstein gegeben.

10.2

Wie diese Schilderung erkennen läßt, erscheint von ausschlaggebender Bedeutung, vorhandene Einrichtungen weiter zu entwickeln, um insgesamt eine bessere Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu erreichen.

10.3

Die Entwicklung völlig neuer Konzeptionen, wie sie teilweise in Ländern außerhalb der Bundesrepublik Deutschland der Planung zugrundegelegt worden sind, hat oft zu Schwierigkeiten geführt und *insgesamt* doch keine wesentliche Verbesserung der Versorgung erreichen können; vielfach wurden wohl in einzelnen Sektoren, insbesondere im Akutbereich, modernere und vielleicht auch wirksamere Versorgungs- und Behandlungsmethoden verwirklicht, jedoch ergaben sich in anderen Bereichen, insbesondere im Bereich der chronisch Kranken und Behinderten, zum Teil sehr bedrückende Verschlechterungen.

10.4

In diesem Zusammenhang wird nochmals auf das inzwischen ergänzte vom Psychiatriereferenten zusammengestellte Literaturverzeichnis, hingewiesen.

10.5

Abschließend sei noch einmal betont, daß dieser Bericht keine verbindlichen Planungsaussagen dieses Ministeriums enthält, die dem in der Abstimmung befindlichen Psychiatrieplan des Landes Schleswig-Holstein überlassen bleiben müssen.

i. A. Dr. Boroffka

V. Ständiger Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder

1. Stellungnahme zu der Psychiatrie-Enquete

2. Rahmenentwurf zu einem Gesetz über den Vollzug von Maßregeln in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt (Maßregelvollzugsgesetz)

1. Stellungnahme zu der Psychiatrie-Enquete

4. August 1977

1

Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — zur psychiatrischen und psychotherapeutsch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung — (Drucksache 7/4200 vom 25. November 1975 — künftig Schlußbericht —) wird vom Ständigen Arbeitskreis der Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder — künftig AK — begrüßt. Der Arbeitskreis fühlt sich verpflichtet, den Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission und der einzelnen Arbeitsgruppen für ihre Bemühungen zu danken, die unter zum Teil schwierigen Verhältnissen nicht nur eine Analyse des gegenwärtigen Standes der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erarbeitet haben, sondern zugleich umfassende Vorschläge für eine Neuordnung der psychiatrischen Versorgung vorlegten.

Schon während der Vorarbeiten, insbesondere aber auch nach Vorlage des Zwischenberichts der Sachverständigen-Kommission (Drucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973) ist es in weiten Kreisen zu einer unerwarteten Verstärkung des speziellen Problembewußtseins gekommen. Das allgemeine Verständnis für die Belange der psychisch kranken Mitbürger wurde dadurch entscheidend gefördert.

Einige Psychiatrie-Referenten des Bundes und der Länder haben auf Grund einer an sie persönlich ergangenen Berufung in der Sachverständigen-Kommission mitgearbeitet. Sie waren bemüht, dort ihre Erfahrungen bei der verwaltungsmäßigen Umsetzung von fachlich begründeten Forderungen zur Verfügung zu stellen.

Der Schlußbericht wird in der vorliegenden Stellungnahme des AK einer kritischen Würdigung unterzogen. Es handelt sich hierbei um eine mehrheitliche *fachliche* Stellungnahme. Der AK geht davon aus, daß der Schlußbericht naturgemäß zahlreiche Kompromißformeln enthält, die nicht zuletzt auf die besondere historische Entwicklung der Fachdisziplin „Psychiatrie" und „Psychotherapie/Psychosomatik" in der Bundesrepublik Deutschland zurückzuführen sind. Zu begrüßen ist die in der Präambel des Schlußberichts enthaltene Feststellung, daß die Reformvorschläge nicht festgeschrieben, sondern der ständigen Überprüfung unterzogen werden sollen. Wenn auch in den einzelnen Gebieten der Bundesrepublik Deutschland bestimmte Besonderheiten der Versorgungssituation psychisch Kranker (z. B. in den Stadtstaaten) bestehen, so hat sich der AK dennoch bemüht, seinen nachfolgenden Aussagen grundsätzlich für alle Länder allgemeingültigen Charakter zuzuordnen.

Wie im Zuleitungsschreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 25. November 1975 ausgeführt wurde, sind die Bundesländer neben Trägern und Verbänden in erster Linie für die psychiatrische Versorgung zuständig. Dieses Schreiben sagt auch aus, daß die Verwirklichung sowohl der Sofortmaßnahmen zur Behebung der im Schlußbericht aufgezeigten dringlichsten Probleme als auch der längerfristigen Maßnahmen von den finanziellen Möglichkeiten abhängig sei. Schon jetzt müsse davon ausgegangen werden, daß die Realisierung nur sehr langsam und stufenweise möglich sei und zusätzliche Mittel angesichts der angespannten Finanzlage der Kostenträger gegenwärtig nicht aufgebracht werden könnten. Bereits an diesem Punkt setzt die Kritik des AK an:

Der Schlußbericht enthält vielfältige, sich teilweise überschneidende Verbesserungsvorschläge für unterschiedliche Versorgungssysteme, von denen einige mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch innerhalb mittel- und langfristiger Perspektiven nicht verwirklicht werden können. Es werden nicht nur für den Bereich der Erwachsenen-

psychiatrie, sondern vor allem auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zahlreiche neue, hinsichtlich der Einbettung in die öffentliche Verwaltung schwer definierbare Organisationsstrukturen gefordert. Der Umfang der vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen, beispielsweise für Dienste und Einrichtungen mit überwiegend psychotherapeutisch/psychosomatischen Funktionen, birgt die Gefahr einer *weitgehenden „Psychiatriesierung"* des öffentlichen Lebens in sich und könnte darüber hinaus dazu führen, vom Kern der Versorgungsmängel, insbesondere den teilweise auch heute noch *unwürdigen* Verhältnissen in psychiatrischen *Großkrankenhäusern*, die das Rückgrat der stationären psychiatrischen Versorgung bilden, abzulenken. Dies würde zu einem Zeitpunkt geschehen, in dem bei diesen Einrichtungen noch nicht durchweg von einer Befriedigung humanitärer Grundbedürfnisse ausgegangen werden kann. Der AK hat sich kritisch mit den zum Teil recht unterschiedlichen Stellungnahmen zum Schlußbericht anderer Stellen und Träger befaßt. Er teilt die dortigen Auffassungen über die mit einer weitgehenden Abwendung vom sogenannten medizinischen Krankheitsbegriff verbundenen Folgen. Dabei vermißt er sowohl in der Präambel als auch in der Zusammenfassung des Schlußberichts einen Hinweis auf die damit verbundenen generellen Schwierigkeiten. Andererseits hält der AK unter Berücksichtigung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen jeweils eine kritische Überprüfung für unerläßlich, inwieweit psychiatrische Versorgungssysteme sowohl im *stationären* als insbesondere auch im *ambulanten* Bereich weiter ausgebaut werden müssen.

Der AK ist der Überzeugung, daß die Ergebnisse des Schlußberichts in die Planungen der einzelnen Länder einzubeziehen sind und für viele Bereiche eine ausreichend fundierte Grundlage bilden. Zahlreiche Einzelprobleme, die z. B. das der Versorgung geistig Behinderter außerhalb vorhandener psychiatrischer Krankenhäuser oder das Prinzip einer schwerpunktmäßigen Verlagerung der stationären Gesamtversorgung der psychisch Kranken an *Fachabteilungen* der Allgemeinkrankenhäuser, sind *noch nicht erprobt* und können daher in ihren Konsequenzen auch noch nicht übersehen werden.

Ein besonders schwerwiegendes Problem stellt nach Auffassung des AK das der fehlenden personellen Ressourcen dar. Der Schlußbericht hat nicht zu verdeutlichen vermocht, wie mittel- und langfristig eine Verbesserung der Verhältnisse erreicht werden kann, wenn z. B. an den Bettenmeßziffern des Schlußberichts für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung oder aber an den Forderungen nach einer Vielzahl sich zum Teil überschneidender ambulanter Versorgungssysteme festgehalten wird. Dies gilt sowohl für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie als insbesondere auch für die Bereiche der zukünftigen psychotherapeutisch/psychosomatischen als auch kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.

Unbestritten bleibt es jedoch das Verdienst der mehrjährigen Arbeit der Sachverständigen-Kommission und der einzelnen Arbeitsgruppen, erstmalig eine umfassende *Bestandsaufnahme* des gegenwärtigen Zustandes der psychiatrischen Versorgung vorgelegt, im einzelnen kritik- und erprobungsbedürftige *Vorschläge* gemacht und darüber hinaus versucht zu haben, das Auseinanderfallen psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer Versorgungsbereiche zu verhindern.

Vor einer Stellungnahme zu Einzelvorhaben und -analysen hält es der Ständige Arbeitskreis noch für erforderlich, auf die seit Fertigstellung des Zwischenberichts der Sachverständigen-Kommission eingetretenen beachtlichen *Veränderungen* bei der *Beseitigung von Mißständen* hinzuweisen. Die Bundesländer werden in ihren Einzel-Stellungnahmen ein anschauliches Bild der vielfältigen Aktivitäten vermitteln, die trotz der gerade in jüngster Zeit sich verschärfenden Finanzlage der öffentlichen Hand und anderer Träger zu verzeichnen sind. Sie geben Anlaß zu der Hoffnung, daß vor allem durch die Initiativen engagierter Mitarbeiter und durch deren Unterstützung auf Grund des gewachsenen Problembewußtseins der Öffentlichkeit Mißstände für die psychisch Kranken beseitigt werden können. Es geht hier um eine Gruppe unserer Mitbürger, die zum größten Teil nicht für sich selbst sprechen kann. Es sind Menschen, deren Krankheitsverlauf ihr eigenes persönliches Schicksal oft immer noch schwer belastet und sie auf die Hilfe anderer angewiesen sein läßt.

Eine Stellungnahme zur *Planungsstudie* — vorgelegt im Auftrag des BMJFG von der Heinle, Wischer und Partner-Planungs-GmbH — muß den einzelnen Ländern vorbehalten werden, da in den Beratungen des AK hierzu sehr unterschiedliche Auffassungen zutage traten. Aus *fachlicher* Sicht sei hier nur folgendes festgestellt: Verdienstvoll ist der Versuch, die Empfehlungen des Schlußberichts umzusetzen in Größenordnungen der Finanzierung und Gesichtspunkte der Prioritäten. Zum methodischen Vorgehen bei Planungen lassen sich aus der Studie viele wertvolle Hinweise ableiten. Klar stellt die Studie auch die Erkenntnis heraus, daß die Neuordnung der psychiatrischen Versorgung sich nur in Stufen erreichen läßt. Die inzwischen veränderte Bedarfslage wird eine Korrektur bzw. Fortschreibung der Bedarfs-Determinanten erfordern. Der AK kam zu der Auffassung, daß die Bedarfsberechnungen für den Personalsektor über die realen Möglichkeiten weit hinausgehen.

2

Im einzelnen äußerst sich der AK zu folgenden Punkten des Schlußberichts (Zusammenfassung S. 6 bis 36):

Es werden Empfehlungen für eine ganze Reihe von *ambulanten Beratungsdiensten* (Ziffer 3.1 S. 18) ausgesprochen, die in ihrer Vielschichtigkeit noch nicht genügend aufeinander abgestimmt und als kooperative Behandlungsmodelle — besonders im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den niederge-

lassenen Ärzten — noch nicht genügend erprobt sind. Soweit solche Dienste vorhanden sind, kommt es offenbar zunächst mehr auf ihre bessere Qualifizierung und Koordinierung als auf eine Vermehrung an. Es bestehen insbesondere Zweifel, ob neu zu errichtende psychosoziale Kontaktstellen notwendig sind. Zweckmäßiger erscheint es, diese Aufgabe z. B. den vorhandenen Beratungsstellen der Gesundheitsämter zu übertragen und entsprechend auszubauen (Kapitel B 3.2.3, Ziff. 3 S. 214).

Der Feststellung des Schlußberichts, der größte Teil psychisch Kranker werde von den *Niedergelassenen Nervenärzten* (Ziffer 3.2.1, S. 19) versorgt, ist mit Nachdruck zuzustimmen, „da der Niedergelassene Nervenarzt bisher immer noch die gemeindenaheste Fachinstitution für psychisch Kranke ist". Diese Facharztpraxen *bedarfsgerecht* zu vermehren und geographisch zu *verteilen,* sollte daher Vorrang vor institutionalisierten ärztlichen und nichtärztlichen Beratungsdiensten haben. Insofern wird die Rangfolge der Akzentsetzung anders gesehen als der Bericht sie darstellt (vgl. auch allgemeine Ausführungen). Auch die Versorgung von psychisch Kranken durch den *Arzt für Allgemeinmedizin* gewinnt zunehmend an Bedeutung. Daher werden alle Bemühungen um dessen entsprechende Fortbildung, vor allem aber um eine künftig breitere Grundausbildung begrüßt.

Der Forderung nach *ambulanten Diensten an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen* (Ziffer 3.2.2, S. 19) wurde in gewissen Grenzen inzwischen im Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz (§ 368 n Abs. 7 RVO) entsprochen. Soweit die Träger hiervon Gebrauch machen, werden sie dafür zu sorgen haben, daß der stationäre Bereich dadurch keine Verschlechterung erfährt. In diesem Zusammenhang darf auch daran erinnert werden, daß die Psychiatrie-Enquete von den weitgehend inhumanen Verhältnissen in den psychiatrischen Großkrankenhäusern ausging.

Unbestritten ist, daß mehr qualifizierte *psychotherapeutische Behandlungsangebote* (Ziffer 3.2.3, S. 19) geschaffen werden müssen. Jedoch fehlen für eine Bedarfsermittlung konkrete Daten. Dazu sind gezielte Forschungsaufträge bzw. Feldstudien nötig. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, daß inzwischen bestimmte therapeutische Verfahren (Gruppen- und Verhaltenstherapie) mit größerer Breitenwirkung vermehrt eingesetzt werden.

Der Schwerpunkt der *stationären psychiatrischen Versorgung* (Ziffer 3.3, S. 20) liegt nach wie vor und auch in absehbarer Zukunft beim vorhandenen Fachkrankenhaus. Wenn das psychiatrische Krankenhaus unter Ziffer 1 des Abschnittes 3.3.1 erst an zweiter Stelle genannt wird, so ist daraus keine Rangfolge für die psychiatrische Versorgung herzuleiten. Andererseits wird damit die Grundforderung nach Integration der psychisch Kranken in den Kreis der körperlich Kranken unterstrichen und auch vom AK unterstützt. Bei der Einrichtung ergänzender psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind die Grundsätze der Bedarfsgerechtigkeit und einer flächendeckenden Gesamtversorgung zu berücksichtigen; das heißt, die in Ziffer 2 des Abschnittes 3.3.1 erhobene Forderung, jeder geeigneten stationären psychiatrischen Einheit ein sogenanntes *Pflichtaufnahmegebiet* zuzuweisen, muß auch auf Fachabteilungen (und im übrigen auch auf nicht öffentliche psychiatrische Fachkrankenhäuser) übertragen werden.

Den Ausführungen über das *therapeutische Milieu in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen* (Ziffer 3.3.2, S. 21) — insbesondere der Forderung nach Ablösung eines vorwiegend passivierenden Bewahrungsstils durch ein von den Patienten aktiv mitgetragenes therapeutisches Programm — wird grundsätzlich zugestimmt. Es wird auch für richtig gehalten, daß Stationen, soweit möglich, offen geführt werden. Jedoch darf dabei der Gesichtspunkt einer Selbstgefährdung und die deshalb in bestimmten Bereichen erforderliche intensive Überwachung nicht veranachlässigt werden. Das gleiche gilt auch für die Berücksichtigung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung. Daß die *Öffnung der Stationen* auch eine Frage der *personellen* Ausstattung ist, muß hervorgehoben werden. Eine *gemischtgeschlechtliche Unterbringung* hat sich verschiedenenorts milieutherapeutisch bewährt. Andererseits liegen Erfahrungen vor, die eine Verabsolutierung dieses Prinzips verbieten und namentlich bei bestimmten Psychosen, schweren Neurosen, störenden Verhaltensauffälligkeiten geistig Behinderter oder auch bei einigen Formen der Suchtstoffabhängigkeit eine differenzierende Betrachtungsweise erfordern.

Über die Notwendigkeit und Art der Institutionalisierung eines *Patientenanwaltes und eines Fachbeirates* (Ziffer 3.3.3, S. 21) konnte der AK keine einheitliche Stellungnahme herbeiführen, da diese Empfehlung der Enquete in den Bundesländern unterschiedlich beurteilt wird.

Soweit *stationäre psychotherapeutische Einrichtungen* (Ziffer 3.3.4, S. 21) gefordert werden, muß wie bei den ambulanten psychotherapeutischen Diensten (Ziffer 3.2.3) darauf hingewiesen werden, daß aussagefähige Bedarfsanalysen fehlen. Voraussetzung für den Aufbau solcher Dienste ist außerdem die Klärung der Weiterbildungsfragen (siehe hierzu auch Bemerkung unter Ziffer 3.12.2).

Die gestufte Rehabilitation für psychisch Kranke und Behinderte ist eine der wesentlichen *neuen Konzeptionen,* die in der Enquete zur Lage der Psychiatrie dargelegt wurde. Deshalb wird die Forderung nach dem Auf- und Ausbau *teilstationärer Dienste* (Ziffer 3.4, S. 22) nachdrücklich unterstützt. Im Gegensatz zur Tagesklinik wird die Bedeutung der Nachtklinik allerdings kritischer zu sehen sein, insbesondere wird die Entwicklung des Bedarfs aufmerksam zu verfolgen sein.

Die *komplementären Dienste* (Ziffer 3.5, S. 22), das sind also Heime, beschützende Wohnungen, Tagesstätten, Familienpflege, Clubs u. ä., sind unabdingbare Voraussetzungen für eine längerfristige Entlastung der stationären psychiatrischen Einrichtungen. Soweit sie volle Patientenversorgung überneh-

men sollen (sogenannter Heimsektor), hängt ihre Eignung von einer qualifizierten personellen Ausstattung und auch von einer ausreichenden fachärztlichen Betreuung ab. Es muß hervorgehoben werden, daß Träger der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege bereits in beachtlicher Weise solche komplementären Dienste eingerichtet haben. Einem weiteren Ausbau stehen aber erhebliche Schwierigkeiten im Wege, da in den Länderhaushalten in der Regel keine entsprechenden Mittel zur Verfügung stehen. Nach den bisher gesammelten Erfahrungen erscheint allerdings der von der Enquete-Kommission geschätzte Gesamtbedarf an Heimplätzen von 2,24 je 1 000 Einwohner zu hoch. Es wird auch zu überprüfen sein, inwieweit hierfür neuerdings frei werdende Kapazitäten aus anderen Bereichen durch entsprechende Umstrukturierung verwendet werden können. In diesem Zusammenhang ist nochmals die Forderung nach einer ausreichenden Berücksichtigung des Bedarfs für schwere Pflegefälle und depravierte Suchtkranke zu erheben. Weiter erscheint es vordringlich, daß die Kostenübernahme, insbesondere im Hinblick auf das Rehabilitationsangleichungsgesetz und andere einschlägige gesetzliche Bestimmungen bundeseinheitlich geklärt bzw. neu geregelt werden.

In Übereinstimmung mit der Sachverständigen-Kommission mißt der AK dem Aufbau eines Netzes gut strukturierter *Werkstätten für Behinderte* (Ziffer 3.6.1, S. 23) große Bedeutung zu. Diese Werkstätten sollten rehabilitationsfähigen Behinderten offenstehen, auch wenn diese nicht das in § 52 Abs. 3 des SchwbG geforderte Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeit leisten können. Sie sollten andererseits aber auch dann anerkannt werden können, wenn sie (wie beispielsweise in psychiatrischen Krankenhäusern) nicht *allen* Behinderten zur Verfügung stehen. Eine Änderung des Schwerbehindertengesetzes erscheint insofern erforderlich. In diesem Zusammenhang bedürfen auch die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Einbeziehung von Schwerbehinderten in das Gesetz über die Sozialversicherung von Behinderten einer Überprüfung.

Die Forderung nach einer Verbesserung der *Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher* (Ziffer 3.7.1, S. 24) wird grundsätzlich unterstützt. Dabei ist jedoch zu prüfen, in welchem Umfang die Bevölkerungsentwicklung und das Freiwerden von Kapazitäten in der allgemeinen Krankenhausversorgung (u. a. in der Pädiatrie) die Planung beeinflußt. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß auf absehbare Zeit nur von geringen personellen Ressourcen in diesem fachärztlichen Bereich ausgegangen werden kann. Daher erscheint zunächst eine Konzentration auf den Ausbau vorhandener Einrichtungen zweckmäßig. Dabei müssen Weiterbildungsstellen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Psychagogen) in genügendem Umfang geschaffen werden. Die Zusammenarbeit aller bereits vorhandenen Einrichtungen der Jugend- und Sozialhilfe mit klinischen Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zu verstärken. Vordringlich erscheint die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit dissozialem Verhalten. Dabei sind Unklarheiten über die Zuständigkeit für diesen Personenkreis zu beseitigen.

Daß nachdrücklich auf die wachsende Bedeutung einer besseren *Versorgung psychisch kranker alter Menschen* (Ziffer 3.7.2, S. 25) eingegangen wird, ist sehr zu begrüßen. Es werden jedoch in der Reihenfolge der Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission folgende Anmerkungen gemacht:

(2) Bei dem Begriff „gerontopsychiatrische *Pflege*einheit" handelt es sich wohl um die Angliederung von gerontopsychiatrischen *Behandlungs*einheiten an die psychiatrische Abteilung von Allgemeinkrankenhäusern.

(4) Ergänzend zu der Forderung nach Tageskliniken sollte man hier auch an die Einrichtung von Tagesstätten denken.

(5) Anstelle der Empfehlung, gerontopsychiatrische Polikliniken einzurichten, erscheint es wichtiger, die niedergelassenen Ärzte in eine differenzierte Versorgung der Alterskranken, insbesondere auch solcher mit psychischen Störungen, einzubeziehen; dabei sind gezielte Fortbildungsmaßnahmen erforderlich. Es bietet sich darüber hinaus eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Gemeindepflege, z. B. Sozialstationen bei der Behandlung dieses besonders betreuungsbedürftigen Personenkreises an.

(7) Einrichtungen der Altenhilfe, in denen kranke und pflegebedürftige alte Menschen mit dem Ziel der bestmöglichen Rehabilitation betreut werden, führen nicht in allen Bundesländern die Bezeichnung „Altenkrankenheime". Bei solchen Einrichtungen ist neben der allgemeinärztlichen auch eine fachärztliche Betreuung, evtl. in Verbindung mit dem regional nächstgelegenen psychiatrischen Behandlungszentrum, sicherzustellen.

(8) Gerontopsychiatrische Arbeitsgemeinschaften werden für entbehrlich gehalten, so sehr auch der Ruf nach Koordination der gesamten psychiatrischen Versorgung unterstützt wird.

(9) Die Ausweitung der Ausbildungs-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen für die im gerontopsychiatrischen Bereich tätigen Personen ist unabdingbar. Was die Forderung nach einem eigenen Facharzt für Geriatrie angeht, so ist einmal darauf hinzuweisen, daß der prozentuale Anteil alter Menschen immer mehr ansteigt, so daß in allen medizinischen Disziplinen (z. B. Chirurgie, innere Medizin, Urologie usw.) die Kenntnisse über die dem jeweiligen Fachgebiet zuzuordnenden altersspezifischen Veränderungen berücksichtigt werden müssen. Aus diesem Grund sind die Ausbildungsordnungen (Bund) zu überprüfen. Außerdem ist eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Diagnostik und Therapie sicherzustellen.

Die Feststellung der Sachverständigen-Kommission, daß der Schwerpunkt bei der Behandlung der Alko-

hol- und Drogenabhängigkeit heute auf der ambulanten Betreuung liege, bedarf der Erläuterung: Eine erfolgversprechende Behandlung der *Suchtkranken* (Ziffer 3.8.1, S. 26) erfordert im allgemeinen eine lebensbegleitende Betreuung. Damit liegt der Schwerpunkt im ambulanten Bereich. Innerhalb einer solchen therapeutischen Konzeption spielt jedoch für die Mehrzahl der behandlungsbedürftigen Suchtkranken der Aufenthalt in einer qualifizierten stationären Einrichtung eine wesentliche Rolle. Daß depravierte Alkoholiker mit ihren körperlichen, geistigen und psychischen Verfallserscheinungen oft unter geschlossenen Bedingungen in Heimen oder psychiatrischen Krankenhäusern versorgt werden müssen, ist in der Enquete mit Recht hervorgehoben worden.

Die im Schlußbericht dargestellten Probleme der *Suicidgefährdeten* (Ziffer 3.8.2, S. 26), *Epilepsiekranken* (Ziffer 3.8.4), *Hirnverletzten* (Ziffer 3.8.5) und der *Nichtseßhaften* (Ziffer 3.8.6) sind gruppenspezifisch und erfordern insofern besondere Kenntnisse und Zuwendung, nicht aber in jedem Falle besondere Einrichtungen.

Die Feststellungen, daß für die Versorgung *psychisch kranker Straftäter* (Ziffer 3.8.3, S. 26) grundsätzlich vom Zuständigkeitsbereich der psychiatrischen Versorgung ausgegangen werden muß, hat den in den verschiedenen Gremien ausgetragenen Kompetenzstreit im Interesse dieses besonders benachteiligten Personenkreises beendet.

Dieser Streit war nicht zuletzt Ursache für das immer größer werdende Auseinanderklaffen der Unterbringungsbedingungen und Rehabilitationschancen für psychisch kranke Straftäter gegenüber den in Anstalten des Strafvollzugs untergebrachten Rechtsbrechern. Dabei verkennt der Ständige Arbeitskreis keineswegs die besonders schwierigen Fragestellungen bei der Versorgung der zu einem großen Teil nur als erheblich vermindert schuldfähig bezeichneten Delinquenten, etwa mit abnormen Persönlichkeitsstrukturen, bestimmten Formen neurotischer Fehlentwicklungen oder Grenzbereichen einer geistigen Behinderung.

Die bisher weiterhin unzureichenden personellen und räumlichen Unterbringungsbedingungen in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs haben eine Differenzierung ebenso erschwert wie die sachgerechte Abstufung der Vollzugsbedingungen. Diese wiederum ermöglichen erst die dringend erforderliche Verbesserung der Beobachtungs- und Beurteilungsmöglichkeiten bezüglich der Kriminal- und (Re-)Sozialisierungsprognose. Damit sind eng verknüpft die Forderungen nach einer Reaktivierung der Forschung im forensisch-psychiatrischen Bereich, wobei sich (siehe auch Sondervotum Degkwitz, Hippius, Sautter, Schmitz-Formes, S. 418 bis 422 des Schlußberichts) ein Verbund von Universitätseinrichtungen mit den Maßregelvollzugs-Anstalten zwingend anbietet. Nur so wird es auch möglich sein, das Interesse jüngerer Ärzte nicht nur an forensisch-psychiatrischen Fragestellungen zu wekken, sondern auch deren Bereitschaft zu einer nicht nur vorübergehenden Tätigkeit in solchen Einrichtungen.

Der AK schließt sich auch der Forderung nach einer wesentlichen Erweiterung des therapeutischen Angebots für straffällig gewordene psychisch Kranke mit den dafür nötigen personellen und baulichen Investitionen an. Gleichermaßen unterstützt wird die Forderung nach einer Anerkennung der besonders schwierigen Arbeitsbedingungen für das Personal solcher Einrichtungen.

Im übrigen hat der AK eine eigene Arbeitsgruppe beauftragt, den Rahmenentwurf für ein Maßregelvollzugsgesetz zu erstellen. *) Dabei wird seitens des AK die Erwartung ausgesprochen, daß es bei den wesentlichen Gesichtspunkten zu einer möglichst einheitlichen Regelung des Maßregelvollzugs in den einzelnen Bundesländern kommt.

Zur schwierigen Frage der zukünftigen institutionellen und administrativen Struktur der Maßregelvollzugs-Einrichtungen geht der AK davon aus, daß eine pragmatische Betrachtungsweise den Erfordernissen am ehesten gerecht wird.

So sehr dem Grundsatz zugestimmt wird, die Lebens- und Umweltbedingungen *geistig Behinderter* (Ziffer 3.9, S. 27/28) denen der Nichtbehinderten weitgehend anzupassen, so sehr muß im Interesse der Behinderten vor einer Überstrapazierung des sogenannten Normalisierungsprinzips gewarnt werden. Es muß dabei vermieden werden, daß Behinderte in einer Umwelt Nichtbehinderter in eine Randposition gedrängt werden. In diesem Zusammenhang müssen Überlegungen bezüglich einer Humanisierung der Arbeitswelt der Behinderten im Produktionsprozeß, besonders in den automatisierten Produktionsabläufen in Werkstätten für Behinderte, angestellt werden. Es kann auch nicht außer acht gelassen werden, daß die sozio-ökonomischen Bedingungen der Kleinfamilien, insbesondere in städtischen Ballungsbereichen, der Eingliederung Behinderter Grenzen setzt.

Bei grundsätzlicher Anerkennung des Rechts auf Sexualität müssen die dem Behinderten hier gesetzten Grenzen aus humanitären Gründen (für den Behinderten, seinen Partner und seine Umwelt) stärkere Berücksichtigung finden. So ist z. B. eine Beziehung zu dem Begriff „Mutterschaft" eine unabdingbare Voraussetzung bei Maßnahmen der Empfängnisverhütung und der Schwangerschaftsunterbrechung, genetische Beratung einerseits sowie Klärung der Sterilisation nicht einwilligungsfähiger Behinderter, Früherkennung und Frühbehandlung von Risikokindern und die Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen zur Früherfassung geistiger Auffälligkeiten sind unabdingbar. Entsprechende Anreize sind zu schaffen.

Die Zusammenarbeit zwischen teilstationären und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ist in allen Bereichen zu vertiefen; auch die Pflegebe-

---

*) s. S. 216

reiche der stationären Einrichtungen sind als gleichrangiges Glied in das Versorgungsnetz einzubeziehen.

Die vorbildlichen Initiativen der Bundesarbeitsgemeinschaft „Lebenshilfe für geistig Behinderte" sind weiterhin intensiv zu fördern.

Die Herausnahme geistig Behinderter aus psychiatrischen Behandlungszentren zu Gunsten einer gesonderten Versorgung ist fortzuführen (vgl. auch Ziffer 3.6.3).

Im übrigen wird den Empfehlungen zugestimmt.

Die *Angebote in einem Standardversorgungsgebiet* und ihre *Bündelung* sind in Abschnitt 3.10 auf den Seiten 28 und 29 summarisch und tabellarisch zusammengestellt. Bei grundsätzlicher Zustimmung sollte betont werden, daß bereits vorhandene Planungs- und Verwaltungsstrukturen zu berücksichtigen sind.

Es wird davon ausgegangen, daß die Tabelle lediglich eine Übersicht nach möglichen Versorgungskategorien darstellt. Rückschlüsse auf den Stellenwert der einzelnen Dienste können daraus nicht abgeleitet werden, zumal die für die stationäre psychiatrische Versorgung auf lange Sicht noch unentbehrlichen psychiatrischen Krankenhäuser gar nicht aufgeführt sind.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (Ziffer 3.11.1 Nr. 1, S. 30), die sich aus allen an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Diensten zusammensetzen, werden als Instrument der *Koordination* begrüßt. Dabei ist besonderer Wert auf die Mitarbeit der *niedergelassenen Ärzte* zu legen. Freie Initiativen sollen gefördert werden.

Ob bei guter Koordination von Trägern, Körperschaften und Verwaltungen noch ein eigenes Planungsgremium in Gestalt des *psychosozialen Ausschusses* (Ziffer 3. 11.1 Nr. 2, S. 30) geschaffen werden sollte, erscheint angesichts der Vielfalt und Überschneidung von Aufgaben fraglich.

Die von der Sachverständigen-Kommission geforderte Einrichtung bzw. der Ausbau eines *Referates für psychosoziale Versorgung* (Ziffer 3.11.2, S. 30) beim zuständigen obersten Landesressort erfordert eine entsprechende personelle Ausstattung. Die Zusammenarbeit mit Fachleuten außerhalb der Verwaltung wird als geboten angesehen. Ob sie in Form des empfohlenen „Beirates" oder in freier Form zu erfolgen hat, muß nach den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Ländern geregelt werden.

Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt eine *Institution auf der Ebene der elf Bundesländer* (Ziffer 3. 11.3, S. 30). Diese über Staatsvertrag zwischen den Bundesländern zu errichtende Institution soll in der Materialsammlung, -auswertung und -veröffentlichung aus dem Gesamtgebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ihre wesentliche Aufgabe sehen. Diese Aufgaben bedürfen fraglos einer Lösung, können aber, zumindest auf dem Gebiet der Koordination und Information, von dem seit Frühjahr 1974 eingesetzten Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder wahrgenommen werden. Zusätzliche Aufgaben, wie z. B. die fortlaufende Registrierung planungsrelevanter Daten, können von bereits bestehenden Stellen — gegebenenfalls nach entsprechender Verbesserung der personellen und sächlichen Ausstattung — wie z. B. dem Bundesgesundheitsamt oder dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information erfüllt werden. In diesem Zusammenhang sollte auch geprüft werden, inwieweit die Statistischen Landesämter und das Statistische Bundesamt in die Datenerfassung und -auswertung einbezogen werden können. Im übrigen ist auch eine Aktivierung und Vereinheitlichung der psychiatrischen Dokumentation anzustreben. Somit ist die Einrichtung einer neuen Institution auf Bund-Länder-Ebene auch im Hinblick auf die verfassungsmäßig geregelte Zuständigkeit im Gesundheitswesen nicht erforderlich.

Die pauschale Forderung nach einer Vermehrung der in der *Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen* (Ziffer 3.12 Nr. 1 a, S. 30) bedarf einer differenzierten Analyse: Während sich bei verschiedenen Berufsgruppen eine Sättigung abzeichnet, bedarf es vor allem im Bereich der fachärztlichen Versorgung einer Aufstockung. Der Mangel an Fachärzten in der Praxis, in psychiatrischen Krankenhäusern, im öffentlichen Gesundheitsdienst und im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist gravierend.

Obwohl eine genügende Anzahl ausgebildeter Sozialarbeiter zur Verfügung steht, ergeben sich nach wie vor beachtliche Schwierigkeiten, die in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern inzwischen vermehrten Stellen zu besetzen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob ihre derzeitige Ausbildung den tatsächlichen Gegebenheiten des psychisch Kranken in vollem Umfang gerecht wird. In diesem Sinne hat sich auch der Bundesgesundheitsrat am 2. September 1976 geäußert.

Ohne im einzelnen auf die *allgemeinen Gesichtspunkte der Aus-, Weiter- und Fortbildung* (Ziffer 3.12.1, S. 30, 31) und auf die dort ausgesprochenen gesundheits- und bildungspolitischen Grundsatzprobleme einzugehen, hält es der AK für unerläßlich, darauf hinzuweisen, daß durch Aus-, Weiter- und Fortbildung erworbene höhere berufliche Qualifikationen direkt dem psychisch Kranken und Behinderten zugute kommen müssen. Der Arbeitskreis begegnet der beabsichtigten Einführung eines Facharztes für Psychotherapie/Psychosomatik bzw. für analytische Medizin mit Bedenken. Er hält die seither gebräuchliche Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" — jedoch mit einheitlichen Qualifikationsmerkmalen — für ausreichend. Er warnt vor einer inhaltlichen Aushöhlung der Facharztbezeichnung „Psychiatrie" und „Kinder- und Jugendpsychiatrie" sowie der damit verbundenen Aufgaben.

Die *Mitarbeiter von Sozialarbeitern* bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter kann nur

auf der Grundlage der Einbindung in das Team erfolgen.

Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission zu *Rechtsfragen* (Ziffer 3.13, S. 34) erfordern nur wenige Bemerkungen:

Ob man den von der Sachverständigen-Kommission zu Recht als „unscharf und fragwürdig" gekennzeichneten Begriff des „Pflegefalles" fallenlassen kann, nachdem er gerade im Krankenhausfinanzierungsgesetz gesetzlich normiert wurde, ist sehr fraglich. Es wird jedoch für dringend erforderlich gehalten, eine praktikable Definition zu schaffen. Gleichzeitig bleibt eine Finanzierungsregelung für diesen Bereich erstrebenswert. Soweit die Sachverständigenkommission fordert, daß die spezifischen Probleme bei der Straffälligkeit alter Menschen (Ziffer 3.13 Nr. 13, S. 34) von den Organen der Strafrechtspflege stärker als bisher berücksichtigt werden müssen, ist ihr zuzustimmen. Es bestehen aber Zweifel, ob diese Empfehlung noch den tatsächlichen Gegebenheiten in der Rechtspflege entspricht. Der Rechtspraxis liegen nämlich inzwischen vertiefte Kenntnisse über krankheitsbedingte Auffälligkeiten alter Menschen zugrunde.

Die Forderung nach ersatzloser Streichung des § 13 des Bundeszentralregistergesetzes (Ziffer 3.13 Nr. 16, S. 35) ist inzwischen erfüllt, was einen wesentlichen Fortschritt in der Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken bedeutet. Dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit ist für seine intensiven Bemühungen um die Lösung dieses Problems zu danken.

In die *Forschung* (Ziffer 3.15, S. 35) sollen psychiatrische Krankenhäuser mit ihrem besonderen Krankengut verstärkt einbezogen werden. Ferner ist eine vermehrte Übertragung von Lehraufträgen an geeignete Mitarbeiter der psychiatrischen Krankenhäuser zu fordern. Die Geschichte der psychiatrischen Forschung hat gezeigt, daß aus diesem Bereich wesentliche wissenschaftliche Erkenntnisse und Impulse gekommen sind.

Bezüglich des psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereichs wird auf die Notwendigkeit einer differenzierten Bedarfs- und Evaluations-Forschung nachdrücklich hingewiesen (vgl. 3.2.3). Im übrigen hält es der Arbeitskreis für richtig, das Bundesgesundheitsamt in die psychiatrische Forschung einzubeziehen. Schon bisher bedienen sich die Bundesregierung und die Landesregierungen von Fall zu Fall des Sachverstandes von Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachdisziplinen. Förmliche Berufungen erübrigen sich daher.

3 Zusammenfassung

Der AK ist der Auffassung, daß der Schlußbericht den Ländern gute Hilfen und Anhaltspunkte für eine Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker an die Hand gegeben hat. Schon die Vorarbeiten in der Sachverständigen-Kommission, insbesondere aber der Schlußbericht selbst, entfalteten eine ausgesprochene Breitenwirkung. Zweifellos hat diese schon jetzt dazu beigetragen, die Einstellung der Öffentlichkeit diesen Kranken gegenüber zu verbessern. Viele der Empfehlungen sind bereits in die Planungen der Länder eingeflossen. Die Realisierung der Grundforderung nach Beseitigung von Mißständen und nach Befriedigung des großen Nachholbedarfs in bestehenden Einrichtungen — der auslösende Faktor für die Enquete — konnte dadurch ein gutes Stück vorangetrieben werden.

Es bleibt zu hoffen, daß der Schlußbericht auch dazu beiträgt, das erreichte Wohlwollen der Verantwortlichen für die Bedürfnisse des psychisch Kranken weiterhin aufrecht zu erhalten. Es hat sich nämlich gezeigt, daß trotz der bisher erreichten Fortschritte noch vieles zu tun ist, bis der psychisch Kranke dem körperlich Kranken voll gleichgestellt ist. Dabei werden u. a. noch große Hindernisse bei der Finanzierung der Investitionen, bei der personellen Ausstattung, in der Gesetzgebung und bei Klärung der Zuständigkeitsfragen in der Kostenträgerschaft bei bestimmten, insbesondere auch neuartigen Einrichtungen und Diensten zu überwinden sein.

Im Auftrag

Dr. med. Sautter
Ltd. Min.Rat

2. Rahmenentwurf zu einem „Gesetz über den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt" (Maßregelvollzugsgesetz)

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM
— MR Dr. Heinze —
Leiter der Arbeitsgruppe:
Rahmenentwurf des
Maßregelvollzugsgesetzes

Hannover, den 10. April 1978
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
Telefon: (05 11) 1 90/4 90

An den
AGLMB
z. Hd. Herrn Senatsrat Dr. Ohndorf
2800 Bremen

An die
Obersten Landesgesundheitsbehörden
Berlin, Bremen, Düsseldorf, Hamburg, Kiel, Mainz, München, Saarbrücken, Stuttgart, Wiesbaden

An die
Obersten Justizbehörden der Länder
Berlin, Bremen, Düsseldorf, Hamburg, Kiel, Saarbrücken, Wiesbaden

An den
Herrn Bayerischen Minister des Innern
8000 München

An das
Bundesministerium der Justiz
5300 Bonn-Bad Godesberg

An das
Bundesministerium für Jugend,
Familie und Gesundheit
5300 Bonn-Bad Godesberg

Betr.: Rahmenentwurf zu einem Gesetz über den „Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt" (Maßregelvollzugsgesetz)

Anlage: — 3 —

Hiermit übersende ich Ihnen den in einer Arbeitsgruppe erarbeiteten Entwurf eines Maßregelvollzugsgesetzes nebst Begründungen und Empfehlungen der Arbeitsgruppe.

Die Arbeitsgruppe wurde vom Ständigen Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder mit dem Auftrag eingesetzt, auf der Grundlage der §§ 136, 137, 138 des Strafvollzugsgesetzes die entsprechenden Bestimmungen für den Maßregelvollzug zu erarbeiten. Die Arbeitsgruppe hat den vorliegenden Rahmenentwurf in mehreren Sitzungen von 1976 bis 1978 erarbeitet. Der Entwurf ist auch im Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder mehrfach Gegenstand eingehender Erörterungen gewesen. In diesem Arbeitskreis wurde mehrheitlich Übereinstimmung über die den Entwurf tragenden Grundsätze erzielt.

Eine Minderheit der im Arbeitskreis vertretenen Ländervertreter hatte sich dafür ausgesprochen, den Rahmenentwurf auf die gesetzliche Festlegung der Eingriffsgrundlagen für die Beschränkung von Grundrechten zu begrenzen. Auf weitere Detailregelungen sollte verzichtet werden. Die Arbeitsgruppe und die Mehrheit der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder haben jedoch die Aufnahme von ausführlichen Bestimmungen für erforderlich und für unverzichtbar gehalten. Damit kann die Absicht und Notwendigkeit weiter verfolgt werden, eine weitgehende Rechtseinheitlichkeit des Maßregelvollzuges und möglichst gleichartige Unterbringungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsvoraussetzungen in den Ländern zu schaffen. Auch die Verwirklichung des Gedankens, länderübergreifende Vollzugsgemeinschaften einzurichten, wird dadurch gefördert.

Hinsichtlich weiterer grundsätzlicher Ausführungen zu dem Gesetzentwurf darf auf die beigefügte allgemeine Begründung Bezug genommen werden.

Neben dem Gesetzentwurf und den entsprechenden Begründungen werden „Empfehlungen" überreicht. Die Arbeitsgruppe will mit diesen Empfehlungen die beteiligten Stellen auf die Probleme hinweisen, die im Zusammenhang mit der Ausgestaltung des Maßregelvollzuges zu berücksichtigen sind.

Dr. Heinze

Entwurf eines Gesetzes über den „Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt" (Maßregelvollzugsgesetz)

Gliederung und Übersicht

ERSTER TITEL

Anwendungsbereich, Unterbringungsbehörden, Organisation

§ 1 (1) *)

Anwendungsbereich

Dieses Gesetz findet Anwendung auf den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt.

§ 2 (139)

Einrichtungen des Maßregelvollzugs

(1) Die Maßregeln werden in Einrichtungen des Landes vollzogen.

(2) Ein Vollzug in Einrichtungen außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes wird hierdurch nicht ausgeschlossen.

§ 3 (151)

Aufsichtsbehörden

Die für das Gesundheitswesen zuständige oberste Landesbehörde führt die Aufsicht über die Einrichtungen. Sie kann Aufsichtsbefugnisse auf ... übertragen.

§ 4 (91, 156)

Entscheidungsbefugnisse

(1) Für die im Vollzug der Maßregel zu treffenden Maßnahmen ist die Einrichtung zuständig.

(2) Entscheidungen nach § 14 Abs. 2, § 21 Abs. 1, § 22, § 47 Abs. 3 und § 57 sind vom Leiter der Einrichtung zu treffen. Die Aufsichtsbehörde kann abweichende Regelungen zulassen.

(3) Bei Gefahr im Verzuge dürfen auch Bedienstete der Einrichtung, die zu Entscheidungen nach Absatz 2 nicht befugt sind, besondere Sicherungsmaßnahmen vorläufig anordnen; eine Anordnung nach § 57 Abs. 3 Satz 2 kann nur ein Arzt treffen. Die Genehmigung des Leiters der Einrichtung oder des nach Absatz 2 zur Anordnung Befugten ist unverzüglich einzuholen.

(4) § 6 Abs. 2, § 20 Abs. 2 und § 48 Abs. 3 bleiben unberührt.

§ 5 (152)

Vollstreckungsplan

... regelt im Einvernehmen mit ... die örtliche und sachliche Zuständigkeit der Einrichtungen in einem Vollstreckungsplan. Dabei sind die für Jugendliche und junge Volljährige (Achtzehn- bis Vierundzwanzigjährige) bestimmten Einrichtungen oder Abteilungen (§ 7 Abs. 2) gesondert aufzuführen.

§ 6 (8, 65, 153)

Abweichungen vom Vollstreckungsplan

(1) Der Untergebrachte kann abweichend vom Vollstreckungsplan in eine andere für den Vollzug der jeweiligen Maßregel vorgesehene Einrichtung oder Abteilung eingewiesen oder verlegt werden, wenn

1. hierdurch die Behandlung des Untergebrachten oder seine Eingliederung nach der Entlassung gefördert wird

   oder

2. dies aus Gründen der Vollzugsorganisation oder aus anderen wichtigen Gründen erforderlich ist.

Er kann in eine Einrichtung oder Abteilung, die für Untergebrachte seines Alters nicht vorgesehen ist, verlegt werden, wenn dies zu seiner Behandlung notwendig ist; es ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die Verlegung nicht zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Untergebrachten führt. Die Behandlung der übrigen Untergebrachten in dieser Einrichtung oder Abteilung darf dadurch nicht gefährdet werden.

(2) Die Entscheidungen nach Absatz 1 trifft die Aufsichtsbehörde. Sie kann die Entscheidungsbefugnis auf Einrichtungen des Maßregelvollzugs übertragen. Die für das Gesundheitswesen zuständige oberste Landesbehörde kann sich Entscheidungen über Verlegungen vorbehalten.

§ 7 (141, 143, 149)

Gliederung und Ausstattung der Einrichtungen

(1) Die Einrichtungen für den Vollzug der Maßregeln sind so zu gliedern und auszustatten, daß eine auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Untergebrachten abgestimmte Behandlung ermöglicht und die Eingliederung der Untergebrachten gefördert wird. Es sind namentlich die Voraussetzungen für einen offenen und für einen geschlossenen Vollzug zu schaffen; dabei sind die besonderen Erfordernisse des Lebensalters, der Krankheit und der Behinderung der Untergebrachten zu berücksichtigen.

(2) Für die Unterbringung Jugendlicher und junger Volljähriger sind besondere Einrichtungen oder Abteilungen vorzusehen, in denen die für die Behandlung dieses Personenkreises erforderlichen Fachkräfte, therapeutische Mittel und sozialen Hilfen zur Verfügung stehen.

(3) In den Einrichtungen sind die Voraussetzungen für die Durchführung von beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen bis hin zu wirtschaftlich ergiebigen Tätigkeiten zu schaffen.

§ 8 (155)

Personelle Ausstattung

(1) Die für die Behandlung der Untergebrachten erforderlichen Fachkräfte sowie die darüber hinaus

*) Die hinter die vorläufige Paragraphenfolge in Klammern gesetzten Zahlen weisen auf die entsprechenden Paragraphen des Strafvollzugsgesetzes hin.

zur Erreichung des Vollzugszieles benötigten Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen sind vorzusehen; den besonderen Erfordernissen der Behandlung und Betreuung Jugendlicher und junger Volljähriger ist Rechnung zu tragen.

(2) Den Bediensteten sind die für ihre Tätigkeit notwendigen zusätzlichen Kenntnisse und Fähigkeiten durch Fortbildungsmaßnahmen zu vermitteln. In geeigneten Fällen sollen sie Gelegenheit zur Weiterbildung erhalten.

§ 9 (19, 144)

Ausgestaltung der Räume

(1) Bei der Gestaltung und Ausstattung der Räume der Einrichtung, insbesondere der Wohn-, Aufenthalts- und Therapieräume sowie der sanitären Anlagen, sind Art und Schwere der Erkrankung oder Behinderung und das Lebensalter der Untergebrachten zu berücksichtigen; auf eine wohnliche Gestaltung ist zu achten.

(2) Die Schlafräume sollen für nicht mehr als drei Untergebrachte vorgesehen werden; eine gemeinschaftliche Belegung mit mehr als vier Personen ist unzulässig. Dies gilt nicht für Räume, in denen sich Untergebrachte befinden, die einer ständigen Betreuung oder Beaufsichtigung bedürfen.

§ 10 (154)

Zusammenarbeit

(1) Die im Vollzug Tätigen arbeiten zusammen und wirken daran mit, die Vollzugsziele (§§ 136 und 137 des Strafvollzugsgesetzes) zu erreichen.

(2) Die Einrichtungen sollen mit Behörden, Organisationen, Vereinen und Personen, die die Eingliederung des Untergebrachten fördern können, eng zusammenarbeiten. Dies gilt namentlich für die Zusammenarbeit mit dem gesetzlichen Vertreter, mit Rehabilitationsträgern i. S. des § 2 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, den Trägern der Sozialhilfe, den Trägern der Jugendhilfe, den Gesundheitsämtern, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und sonstigen Stellen, die Rehabilitationsmaßnahmen durchführen. Die Kontinuität der Behandlung, Betreuung und Beratung während des Vollzugs und nach der Entlassung ist namentlich im Benehmen mit den Führungsaufsichtsstellen, den Bewährungshelfern und den Verbänden und Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege und den Ärzten außerhalb der Einrichtung zu gewährleisten.

(3) Die Einrichtungen des Maßregelvollzugs sollen mit den Einrichtungen für psychisch Kranke und seelisch oder geistig Behinderte ihres Einzugsbereiches zusammenarbeiten. Dabei sind namentlich gemeinsame Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter anzustreben.

(4) In Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Forschung sollen die Behandlungsmethoden wissenschaftlich fortentwickelt und die Ergebnisse für die Zwecke des Maßregelvollzugs nutzbar gemacht werden.

ZWEITER TITEL

Grundsätze, Planung und Gestaltung des Vollzuges

§ 11 (2, 3, 160 StVollzG, 91 JGG)

Grundsätze

(1) Der Vollzug ist auf die in den §§ 136 und 137 des Strafvollzugsgesetzes genannten Ziele auszurichten.

Er soll unter Berücksichtigung therapeutischer und pädagogischer Gesichtspunkte den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich angeglichen werden.

(2) Die Bereitschaft des Untergebrachten, an der Erreichung des Vollzugszieles mitzuwirken, soll geweckt werden; sein Verantwortungsbewußtsein für ein geordnetes Zusammenleben ist zu fördern.

(3) Dem Untergebrachten soll im Rahmen des Möglichen Mitverantwortung für Angelegenheiten von gemeinsamem Interesse übertragen werden.

§ 12 (5)

Aufnahmeverfahren

(1) Unmittelbar nach seiner Aufnahme wird der Untergebrachte über seine Rechte und Pflichten unterrichtet. Er wird alsbald ärztlich untersucht.

(2) Dem Untergebrachten wird geholfen, die notwendigen Maßnahmen für hilfsbedürftige Angehörige zu veranlassen und seine persönlichen Sachen außerhalb der Einrichtung sicherzustellen.

§ 13 (6, 7)

Behandlungs- und Eingliederungsplan

(1) Unter Berücksichtigung der Persönlichkeit, des Alters, des Entwicklungsstandes und der Lebensverhältnisse des Untergebrachten ist unverzüglich ein Behandlung- und Eingliederungsplan aufzustellen. Er soll namentlich Angaben enthalten über

— die medizinische Behandlung,

— die Form des Vollzugs,

— die Zuweisung zu bestimmten Behandlungsgruppen,

— den Einsatz bei der Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie,

— medizinische und berufliche Eingliederungsmaßnahmen,

— Beteiligung an Unterrichtsveranstaltungen,

— andere, namentlich psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen und

— Lockerungen und Beurlaubungen.

(2) Der Behandlungs- und Eingliederungsplan soll mit dem gesetzlichen Vertreter und dem Untergebrachten erörtert werden.

(3) Der Behandlungs- und Eingliederungsplan ist im Abstand von längstens sechs Monaten zu überprüfen und der weiteren Entwicklung des Untergebrachten anzupassen.

§ 14 (—)

Ärztliche Behandlung zur Erreichung des Vollzugszieles

(1) Der Untergebrachte erhält eine auf die Erreichung der Vollzugsziele ausgerichtete ärztliche Behandlung; die Behandlung schließt die notwendige Untersuchung ein. Einer Einwilligung des Untergebrachten in die Behandlung bedarf es, soweit sie zur Erreichung der Vollzugsziele geboten ist, außer in den Fällen des Absatzes 2 nicht.

(2) Handelt es sich bei der ärztlichen Behandlung um einen operativen Eingriff oder ist sie mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko oder einer Gefahr für das Leben des Untergebrachten verbunden, so darf sie nur mit Einwilligung des Untergebrachten und nur dann vorgenommen werden, wenn sie nicht außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Erfolg steht.

(3) Ist der Untergebrachte in den Fällen des Absatzes 2 nicht fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einzusehen oder seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen, so ist die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters maßgebend. Besitzt der Untergebrachte zwar die in Satz 1 genannten Fähigkeiten, ist er aber minderjährig, wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche entmündigt oder nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches unter vorläufige Vormundschaft gestellt, so ist neben der Einwilligung des Untergebrachten die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erforderlich.

(4) In den Fällen des Absatzes 3 darf die Behandlung nur mit Genehmigung der Strafvollstreckungskammer oder des Vollstreckungsleiters (§ 82 Abs. 1 des Jugendgerichtsgesetzes) vorgenommen werden.

(5) Die Einwilligung in eine Behandlung, welche die Persönlichkeit des Untergebrachten in ihrem Kernbereich verändern würde, ist unwirksam.

§ 15 (—)

Psychotherapeutische Maßnahmen zur Erreichung des Vollzugszieles

Zur Erreichung des Vollzugszieles sollen auch in geeigneten Fällen psychotherapeutsche Maßnahmen angewandt werden. Die Behandlung gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 darf nicht gegen den Willen des Untergebrachten durchgeführt werden.

§ 16 (38)

Unterricht und heilpädagogische Förderung

Möglichkeiten für einen Unterricht in den zum Hauptschulabschluß führenden Fächern oder einen der Art und dem Grunde der Behinderung der Untergebrachten entsprechenden Unterricht sowie für eine heilpädagogische Förderung sind vorzusehen.

§ 17 (37)

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, berufliche Eingliederung

(1) Dem Untergebrachten ist Gelegenheit zur Teilnahme an beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen zu geben.

(2) Die Einrichtung soll geeigneten Untergebrachten wirtschaftlich ergiebige Arbeit zuweisen und dabei neben dem Grad ihrer Behinderung ihre Fähigkeiten, Fertigkeiten und Neigungen berücksichtigen.

(3) Geeigneten Untergebrachten soll Gelegenheit zur Berufsausbildung, Umschulung und zur Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen gegeben werden.

§ 18 (40)

Abschlußzeugnis

Aus einem Abschlußzeugnis oder einer Teilnahmebescheinigung darf nicht erkennbar sein, daß die Maßnahme der Aus-, Weiter- oder Fortbildung im Rahmen einer strafgerichtlichen Unterbringung durchgeführt worden ist.

§ 19 (67)

Freizeitgestaltung

Der Untergebrachte erhält Gelegenheit und Anregungen, die ihm neben seiner Behandlung und den Eingliederungsmaßnahmen zur Verfügung stehende Freizeit zu gestalten. Ihm soll namentlich ermöglicht werden, an Sport und Spiel teilzunehmen, eine Bücherei zu benutzen, Gespräche und Geselligkeit zu pflegen und sinnvollen Neigungen und Interessen nachzugehen.

§ 20 (10)

Offener Vollzug

(1) Ein Untergebrachter kann in den offenen Vollzug eingewiesen oder verlegt werden, wenn dies seiner Behandlung dient, er den besonderen Anforderungen des offenen Vollzugs genügt und nicht zu befürchten ist, daß er sich dem Vollzug der Maßregel entziehen oder die Möglichkeiten des offenen Vollzuges mißbrauchen werden.

(2) Gegen den Willen des Untergebrachten soll die Einweisung oder Verlegung nicht erfolgen.

(3) § 6 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 21 (11, 12, 13, 15, 35, 36, 126)

Lockerung des Vollzugs und Urlaub

(1) Dem Untergebrachten sollen Lockerungen des Vollzuges und Urlaub gewährt werden, wenn zu

erwarten ist, daß dadurch der Zweck der Maßregel gefördert wird. Sie können auch zur Erledigung persönlicher, familiärer, rechtlicher oder geschäftlicher Angelegenheiten, zur Teilnahme an gerichtlichen Terminen oder aus anderen wichtigen Gründen bewilligt werden.

(2) Als Lockerung des Vollzuges kann namentlich angeordnet werden, daß der Untergebrachte

1. außerhalb der Einrichtung regelmäßig einer Beschäftigung (§§ 16, 17) unter Aufsicht (Außenbeschäftigung) oder ohne Aufsicht eines Bediensteten der Einrichtung (Freigang) nachgehen

   oder

2. für eine bestimmte Tageszeit die Einrichtung unter Aufsicht (Ausführung) oder ohne Aufsicht eines Bediensteten der Einrichtung (Ausgang) verlassen

darf.

(3) Urlaub kann bis zu 21 Kalendertagen in einem Kalendervierteljahr, mit Genehmigung der Strafvollstreckungskammer oder des Vollstreckungsleiters (§ 82 Abs. 1 des Jugendgerichtsgesetzes) auch über einen längeren Zeitraum, gewährt werden.

(4) Lockerungen und Urlaub sollen nicht gegen den Willen des Untergebrachten angeordnet werden. Sie dürfen nicht gewährt werden, wenn zu befürchten ist, daß der Untergebrachte sich dem Vollzug der Maßregel entziehen oder die Lockerungen oder den Urlaub mißbrauchen oder sonst der Zweck der Maßregel gefährdet würde.

(5) Abweichend von Absatz 4 darf der Untergebrachte auch gegen seinen Willen ausgeführt werden, wenn dies aus besonderen Gründen notwendig ist.

(6) Die Aufwendungen für Ausführungen zur Erledigung persönlicher, familiärer, rechtlicher oder geschäftlicher Angelegenheiten hat der Untergebrachte zu tragen. Das gleiche gilt für die Vorführung zur Teilnahme an gerichtlichen Terminen, wenn nicht die Vorführung durch das Gericht angeordnet ist. Der Anspruch ist nicht geltend zu machen, wenn dies die Behandlung oder die Eingliederung behindern würde.

§ 22 (14)

Weisungen, Aufhebung von Lockerung und Urlaub

(1) Für Lockerungen und Urlaub können dem Untergebrachten Weisungen erteilt werden. Für die Zeit eines Urlaubs kann der Untergebrachte namentlich angewiesen werden,

1. sich einer Heilbehandlung zu unterziehen,
2. sich der Aufsicht einer bestimmten Stelle und Person zu unterstellen,
3. Anordnungen zu befolgen, die sich auf den Aufenthalt oder ein bestimmtes Verhalten außerhalb der Einrichtung beziehen,
4. in bestimmten Abständen für kurze Zeit in die Einrichtung zurückzukehren oder
5. sich zu festgesetzten Zeiten bei einer bestimmten Stelle oder Person zu melden.

Für die Heilbehandlung gilt § 14 sinngemäß.

(2) Lockerungen und Urlaub können widerrufen werden, wenn

1. nachträglich Umstände eintreten, die die Versagung der Maßnahmen gerechtfertigt hätten,
2. der Untergebrachte die Maßnahmen mißbraucht,
3. der Untergebrachte Weisungen nicht nachkommt oder
4. sich nachträglich herausstellt, daß Umstände, die für die Bewilligung der Maßnahmen ausschlaggebend waren, fälschlich angenommen worden sind.

§ 23 (43)

Gewährung von Zuwendungen bei Eingliederungsmaßnahmen

(1) ... wird ermächtigt, Rechtsverordnungen über Zuwendungen an Untergebrachte im Zusammenhang mit

— Unterricht und heilpädagogischer Förderung (§ 16),

— Leistung wirtschaftlich ergiebiger Arbeiten oder mit anderen beruflichen Eingliederungsmaßnahmen (§ 17)

zu erlassen.

(2) Bei Leistungen, die denen eines nicht im Freiheitsentzug befindlichen Arbeitnehmers entsprechen, darf die Zuwendung nicht hinter dem Betrag zurückbleiben, der nach § 43 Strafvollzugsgesetz einem Gefangenen zu gewähren wäre.

§ 24 (46)

Taschengeld

Der Untergebrachte erhält ein Taschengeld in der Höhe, in der es in vergleichbaren Fällen nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes psychisch Kranken und seelisch oder geistig Behinderten gewährt wird.

§ 25 (47, 52)

Verfügung über Haus-, Taschen- und Eigengeld

(1) Der Untergebrachte kann aus der in § 23 bezeichneten Zuwendung über einen monatlichen Betrag von mindestens dreißig Deutsche Mark (Hausgeld) und über das Taschengeld frei verfügen, wenn nicht Behandlungsgründe entgegenstehen.

(2) Soweit der Untergebrachte über die in § 23 bezeichneten Zuwendungen oder sein Taschengeld keine Verfügung trifft, sind ihm diese Beträge als Eigengeld gutzuschreiben.

(3) Anderes Geld, insbesondere eingebrachtes Geld oder laufende Bezüge, sind dem Untergebrachten als Eigengeld gutzuschreiben. Es kann mit Geneh-

migung des Leiters der Einrichtung ganz oder teilweise wie Hausgeld verwendet werden, sofern die Bildung des Überbrückungsgeldes (§ 26 Abs. 1) gesichert ist.

(4) Der ... wird ermächtigt, durch Verordnung den Mindestbetrag nach Abs. 1 der allgemeinen Einkommensentwicklung anzupassen.

§ 26 (51)

Überbrückungsgeld

(1) Aus dem gutgeschriebenen Eigengeld des Untergebrachten ist ein Überbrückungsgeld zu bilden, das der Eingliederung des Untergebrachten nach seiner Entlassung dienen soll und seiner Höhe nach durch die Festsetzung nach § 88 Abs. 4 Bundessozialhilfegesetz begrenzt wird.

(2) Das Überbrückungsgeld wird bei der Entlassung dem Untergebrachten oder seinem gesetzlichen Vertreter ausgezahlt. Es kann statt dessen mit Zustimmung des Untergebrachten ganz oder zum Teil dem Bewährungshelfer oder einer Person oder Stelle überwiesen werden, die mit seiner Eingliederung befaßt ist; in diesem Falle hat der Empfänger das Geld von seinem Vermögen gesondert zu halten. Der Empfänger entscheidet darüber, wie es innerhalb der ersten drei Monate für den Untergebrachten verwendet wird. Mit Zustimmung des Untergebrachten kann das Überbrückungsgeld auch ganz oder teilweise an Unterhaltsberechtigte überwiesen werden.

§ 27 (49)

Unterhaltsbeitrag

Aus dem gutgeschriebenen Eigengeld können nach Bildung des Überbrückungsgeldes auf Antrag des Untergebrachten zur Erfüllung einer gesetzlichen Unterhaltspflicht an den Berechtigten oder an einen Dritten Zahlungen geleistet werden.

§ 28 (50)

Beitrag zu den Unterbringungskosten

Soweit der Untergebrachte keine Unterhaltszahlungen leistet, kann von diesem aus dem gutgeschriebenen Eigengeld nach Bildung des Überbrükkungsgeldes ein Beitrag zu den Unterbringungskosten verlangt werden, wie er vergleichbar in entsprechenden Fällen nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes bei psychisch Kranken und seelisch oder geistig Behinderten erhoben wird.

§ 29 (71, 72, 73)

Soziale Hilfe

Der Untergebrachte ist von der Einrichtung bei der Lösung seiner persönlichen und familiären Schwierigkeiten zu unterstützen. Ihm ist zu helfen, familiäre und berufliche Beziehungen zu festigen und seine wirtschaftlichen Belange zu wahren.

§ 30 (15, 74, 75)

Entlassungsvorbereitungen

(1) Dem Untergebrachten ist zu helfen, Arbeit, Unterkunft und persönlichen Beistand für die Zeit nach der Entlassung zu finden. Zum frühestmöglichen Zeitpunkt ist dem Bewährungshelfer Gelegenheit zu geben, mit dem Untergebrachten in Verbindung zu treten.

(2) Der Untergebrachte erhält, soweit seine eigenen Mittel nicht ausreichen, von der Einrichtung eine Beihilfe zu den Reisekosten sowie eine Überbrükkungsbeihilfe und erforderlichenfalls ausreichende Kleidung. Für die Überbrückungsbeihilfe gilt § 26 Abs. 2 entsprechend.

§ 31 (19, 69, 70)

Persönlicher Besitz

(1) Der Untergebrachte darf Sachen in angemessenem Umfang besitzen. Dies gilt insbesondere für Lichtbilder nahestehender Personen und Erinnerungsstücke von persönlichem Wert sowie für Bücher und andere Gegenstände zur Fortbildung oder zur Freizeitbeschäftigung.

(2) Sachen, die den Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährden, können dem Untergebrachten vorenthalten oder entzogen werden.

(3) Besitz, Empfang, Weitergabe und Versendung von Tonträgern können davon abhängig gemacht werden, daß der Untergebrachte ihrer Überprüfung zustimmt. Im übrigen gelten die §§ 40 bis 42 und 46 sinngemäß.

§ 32 (83)

Aufbewahrung eingebrachter Sachen

(1) Eingebrachte Sachen, die der Untergebrachte nicht in Gewahrsam haben darf, sind für ihn aufzubewahren, sofern dies nach Art und Umfang möglich ist. Dem Untergebrachten ist Gelegenheit zu geben, eingebrachte Sachen, die er für seine Entlassung nicht benötigt, zu versenden.

(2) Weigert sich ein Untergebrachter, eingebrachte Sachen, deren Aufbewahrung nach Art oder Umfang nicht möglich ist, aus der Einrichtung zu verbringen, so ist die Einrichtung befugt, diese auf Kosten des Untergebrachten entfernen zu lassen. Hierbei sind die berechtigten Interessen des Untergebrachten zu wahren.

(3) Aufzeichnungen und andere Sachen, die Kenntnisse über Sicherungsvorkehrungen der Einrichtung vermitteln, dürfen vernichtet oder unbrauchbar gemacht werden.

§ 33 (20)

Kleidung

Der Untergebrachte hat Kleidung der Einrichtung zu tragen, wenn es die Behandlung oder die Sichercherheit oder Ordnung der Einrichtung erfordert.

§ 34 (22)

Erwerb von Sachen

(1) Wenn es die Behandlung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung erfordert, kann bestimmt werden, daß der Untergebrachte Sachen nur durch Vermittlung der Einrichtung erwerben darf. Aus den gleichen Gründen können bestimmte Sachen vom Erwerb ausgeschlossen werden.

(2) Auf ärztliche Anordnung kann dem Untergebrachten der Erwerb oder der Besitz einzelner Nahrungs- oder Genußmittel ganz oder teilweise untersagt werden, wenn zu befürchten ist, daß sie seine Gesundheit ernsthaft gefährden.

§ 35 (23, 24, 161)

Recht auf Besuche

(1) Der Untergebrachte darf regelmäßig Besuch empfangen. Die Gesamtdauer kann bis auf eine Stunde in der Woche beschränkt werden.

(2) Ohne die Begrenzung des Absatzes 1 Satz 2 sollen Besuche zugelassen werden, wenn sie die Behandlung oder Eingliederung des Untergebrachten fördern oder persönlichen, rechtlichen oder geschäftlichen Angelegenheiten dienen, die nicht vom Untergebrachten schriftlich erledigt, durch Dritte wahrgenommen oder bis zur Entlassung des Untergebrachten aufgeschoben werden können.

(3) Aus Gründen der Sicherheit kann ein Besuch davon abhängig gemacht werden, daß sich der Besucher durchsuchen läßt.

(4) Das Weitere gegelt die Hausordnung.

§ 36 (25)

Besuchsverbot

Besuche bestimmter Personen können eingeschränkt oder untersagt werden, wenn die Besuche den Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährden würden.

§ 37 (26)

Besuche des gesetzlichen Vertreters, von Verteidigern, Rechtsanwälten und Notaren

Besuche des gesetzlichen Vertreters des Untergebrachten, von Verteidigern sowie von Rechtsanwälten oder Notaren in einer den Untergebrachten betreffenden Rechtssache sind zu gestatten. § 35 Abs. 3 gilt entsprechend. Eine inhaltliche Überprüfung der vom Verteidiger mitgeführten Schriftstücke und sonstigen Unterlagen ist nicht zulässig. § 40 Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 38 (27)

Überwachung der Besuche

(1) Die Besuche dürfen überwacht werden, soweit es aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung geboten ist.

(2) Ein Besuch darf abgebrochen werden, wenn Besucher oder Untergebrachte gegen die Vorschriften dieses Gesetzes oder die auf Grund dieses Gesetzes getroffenen Anordnungen trotz Abmahnung verstoßen. Die Abmahnung unterbleibt, wenn es unerläßlich ist, den Besuch sofort abzubrechen.

(3) Besuche von Verteidigern werden nicht überwacht.

(4) Gegenstände dürfen beim Besuch nur mit Erlaubnis übergeben werden. Dies gilt nicht für die bei dem Besuch des Verteidigers übergebenen Schriftstücke und sonstigen Unterlagen sowie für die bei dem Besuch eines Rechtsanwalts, eines Notars oder des gesetzlichen Vertreters zur Erledigung einer den Untergebrachten betreffenden Rechtssache übergebenen Schriftstücke und sonstigen Unterlagen; bei dem Besuch des gesetzlichen Vertreters, eines Rechtsanwalts oder eines Notars kann die Übergabe aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung von einer Erlaubnis abhängig gemacht werden. § 40 Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 39 (28)

Recht auf Schriftwechsel

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, unbeschränkt Schreiben abzusenden oder zu empfangen.

(2) Der Schriftwechsel mit bestimmten Personen kann eingeschränkt oder untersagt werden, wenn er den Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder die Ordnung der Einrichtung gefährden würde.

§ 40 (29)

Überwachung des Schriftwechsels

(1) Der Schriftwechsel des Untergebrachten mit seinem Verteidiger wird nicht überwacht.

(2) Liegt dem Vollzug der Unterbringung eine Straftat nach § 129 a des Strafgesetzbuches zugrunde, gelten § 148 Abs. 2, § 148 a der Strafprozeßordnung sinngemäß. Dies gilt auch, wenn gegen einen Untergebrachten im Anschluß an die dem Vollzug der Unterbringung zugrundeliegende Verurteilung eine Freiheitsstrafe oder Unterbringung wegen einer Straftat nach § 129 a des Strafgesetzbuches zu vollstrecken ist.

(3) Nicht überwacht werden ferner Schreiben des Untergebrachten an Volksvertretungen des Bundes und der Länder sowie an deren Mitglieder, soweit die Schreiben an die Anschriften dieser Volksvertretungen gerichtet sind und den Absender zutreffend angeben, sowie an die Europäische Kommission für Menschenrechte.

(4) Der übrige Schriftwechsel darf überwacht werden, soweit es aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung geboten ist.

§ 41 (30)

Weiterleitung von Schreiben, Aufbewahrung

(1) Der Untergebrachte hat Absendung und Empfang seiner Schreiben durch die Einrichtung vermitteln zu lassen, soweit nichts anderes gestattet ist.

(2) Die Einrichtung hat eingehende und ausgehende Schreiben unverzüglich weiterzuleiten.

(3) Der Untergebrachte hat eingehende Schreiben unverschlossen zu verwahren, sofern nichts anderes gestattet wird; er kann sie verschlossen zu seinen von der Einrichtung verwahrten Sachen geben.

§ 42 (31)

Anhalten von Schreiben

(1) Schreiben können angehalten werden,

1. wenn deren Weitergabe den Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährden würde,
2. wenn die Weitergabe in Kenntnis ihres Inhalts einen Straf- oder Bußgeldtatbestand verwirklichen würde,
3. wenn sie grob unrichtige oder erheblich entstellende Darstellungen von Verhältnissen der Einrichtung enthalten,
4. wenn sie grobe Beleidigungen enthalten,
5. wenn ihre Weitergabe die Eingliederung eines anderen Untergebrachten nach dessen Entlassung gefährden würde
oder
6. wenn sie in Geheimschrift, unlesbar, verschlüsselt oder ohne zwingenden Grund in einer fremden Sprache abgefaßt sind.

(2) Schreiben des Untergebrachten können außerdem angehalten werden, wenn durch ihre Weitergabe erhebliche Nachteile für den Untergebrachten oder einen anderen zu befürchten sind und der Untergebrachte aufgrund seines Zustandes unfähig ist, die Folgen seines Verhaltens zu übersehen oder nach der entsprechenden Einsicht zu handeln.

(3) Ausgehenden Schreiben, die unrichtige Darstellungen enthalten, kann ein Begleitschreiben beigefügt werden, wenn der Untergebrachte auf der Absendung besteht.

(4) Ist ein Schreiben angehalten worden, wird dies dem Untergebrachten mitgeteilt. Angehaltene Schreiben werden an den Absender zurückgegeben oder, sofern dies unmöglich oder aus besonderen Gründen untunlich ist, von der Einrichtung verwahrt.

(5) Schreiben, die an die Aufsichtsbehörde oder an Gerichte oder Staatsanwaltschaften gerichtet sind oder deren Überwachung nach § 40 Abs. 1 bis 3 ausgeschlossen ist, dürfen nicht angehalten werden.

§ 43 (32)

Ferngespräche und Telegramme

Dem Untergebrachten kann gestattet werden, Ferngespräche zu führen oder Telegramme aufzugeben. Im übrigen gelten für Ferngespräche die Vorschriften über den Besuch und für Telegramme die Vorschriften über den Schriftwechsel sinngemäß.

§ 44 (33)

Pakete

(1) Der Empfang von Paketen kann vorübergehend versagt werden, wenn dies aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung erforderlich ist.

(2) Pakete können geöffnet werden; dies hat in Gegenwart des Untergebrachten zu geschehen. Für den Ausschluß von Sachen gilt § 34 sinngemäß. Ausgeschlossene Gegenstände können zu den von der Einrichtung verwahrten Sachen des Untergebrachten genommen oder dem Absender zurückgesandt werden. Nicht ausgehändigte Gegenstände, durch die bei der Versendung oder Aufbewahrung Personen verletzt oder Sachschäden verursacht werden können, dürfen vernichtet werden. Die hiernach getroffenen Maßnahmen werden dem Untergebrachten eröffnet.

(3) Dem Untergebrachten kann gestattet werden, Pakete zu versenden. Ihr Inhalt kann im therapeutischen Interesse und aus Gründen der Sicherheit oder Ordnung überprüft werden. Für den Ausschluß von der Versendung gelten § 42 Abs. 1 und 2 sinngemäß. Die hiernach getroffenen Maßnahmen werden dem Untergebrachten eröffnet.

§ 45 (68)

Zeitungen und Zeitschriften

(1) Der Untergebrachte darf Zeitungen und Zeitschriften in angemessenem Umfang durch Vermittlung der Einrichtung beziehen.

(2) Ausgeschlossen sind Zeitungen und Zeitschriften, deren Verbreitung mit Strafe oder Geldbuße bedroht ist. Einzelne Ausgaben oder Teile von Zeitungen oder Zeitschriften können dem Untergebrachten vorenthalten werden, wenn sie das Ziel der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung erheblich gefährden würden.

§ 46 (34)

Verwertung von Kenntnissen

Kenntnisse aus der Überwachung der Besuche, des Schriftwechsels, der Ferngespräche oder Telegramme dürfen nur verwertet werden,

1. soweit dies notwendig ist, um die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung zu wahren oder Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten zu verhüten, zu unterbinden oder zu verfolgen
oder
2. soweit dies aus Gründen der Behandlung geboten ist.

DRITTER TITEL

Gesundheitspflege

§ 47 (56 bis 60)

Gesundheitspflege

(1) Der Untergebrachte hat Anspruch auf Krankenhilfe, Vorsorgeleistungen und sonstige Maßnahmen entsprechend der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO).

(2) Kann eine Erkrankung in der Einrichtung nicht geklärt oder behandelt werden, so ist der Untergebrachte in einer für ihn geeigneten Krankenabteilung des Strafvollzugs oder in einem Krankenhaus außerhalb des Vollzugs unterzubringen.

(3) Während einer Beurlaubung hat der Untergebrachte gegenüber der Unterbringungsbehörde nur Anspruch auf ärztliche Behandlung und Pflege in der für ihn zuständigen Einrichtung und auf Übernahme der Heilbehandlungskosten, die infolge einer Weisung nach § 22 Abs. 1 Nr. 1 entstehen, soweit nicht Ansprüche gegen einen Sozialleistungsträger vorgehen.

§ 48 (101)

Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

(1) Röntgenuntersuchungen der Lunge sind auch ohne Einwilligung des Untergebrachten zulässig. Im übrigen ist eine Behandlung oder Ernährung außer in den Fällen des § 14 ohne Einwilligung des Untergebrachten oder seines gesetzlichen Vertreters nur bei Lebensgefahr, bei schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit des Untergebrachten oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen zulässig; die Maßnahmen müssen für die Beteiligten zumutbar sein.

(2) Zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene ist die zwangsweise körperliche Untersuchung außer im Falle des Absatzes 1 zulässig, wenn sie nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist.

(3) Die Maßnahmen dürfen nur auf Anordnung und unter Leitung eines Arztes durchgeführt werden, unbeschadet der Leistung erster Hilfe für den Fall, daß ein Arzt nicht rechtzeitig erreichbar und mit einem Aufschub Lebensgefahr verbunden ist.

VIERTER TITEL

Religionsausübung

§ 49 (53)

Seelsorge

(1) Dem Untergebrachten darf religiöse Betreuung durch einen Seelsorger seiner Religionsgemeinschaft nicht versagt werden. Auf seinen Wunsch ist ihm zu helfen, mit einem Seelsorger seiner Religionsgemeinschaft in Verbindung zu treten.

(2) Der Untergebrachte darf grundlegende religiöse Schriften besitzen. Sie dürfen ihm nur bei grobem Mißbrauch entzogen werden.

(3) Dem Untergebrachten sind Gegenstände des religiösen Gebrauchs in angemessenem Umfang zu belassen.

§ 50 (54)

Religiöse Veranstaltungen

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, innerhalb der Einrichtung am Gottesdienst und an den religiösen Veranstaltungen seiner Religionsgemeinschaft teilzunehmen.

(2) Zu dem Gottesdienst oder zu religiösen Veranstaltungen einer Religionsgemeinschaft, der der Untergebrachte nicht angehört, wird er zugelassen, wenn deren Seelsorger zustimmt.

(3) Der Untergebrachte kann von der Teilnahme am Gottesdienst oder anderen religiösen Veranstaltungen ausgeschlossen werden, wenn dies aus zwingenden Gründen der Sicherheit oder Ordnung oder seiner Behandlung geboten ist; der Seelsorger soll vorher gehört werden.

§ 51 (55)

Weltanschauungsgemeinschaften

Für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse gelten die §§ 49 und 50 entsprechend.

FÜNFTER TITEL

Sicherheit und Ordnung

§ 52 (81)

Grundsatz

Die Pflichten und Beschränkungen, die dem Untergebrachten zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung auferlegt werden, müssen in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem Zweck stehen und dürfen den Untergebrachten nicht mehr und nicht länger als notwendig beeinträchtigen.

§ 53 (82, 161)

Befolgung von Anordnungen, Hausordnung

(1) Der Untergebrachte hat die Anordnungen des Leiters der Einrichtung und ihrer Bediensteten zu befolgen.

(2) Der Leiter der Einrichtung erläßt eine Hausordnung. Sie bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. In der Hausordnung sind namentlich Anordnungen aufzunehmen über

1. die Besuchszeiten,
2. die Beschäftigungszeiten, Freizeit und Ruhezeit,

3. den Ausschluß bestimmter Gegenstände vom persönlichen Besitz, vom Erwerb oder Empfang.

§ 54 (84)

Durchsuchung

Der Untergebrachte, seine Sachen und die Unterbringungsräume dürfen durchsucht werden. Ausgenommen sind Gegenstände, die nach anderen Bestimmungen der Kontrolle nicht unterliegen.

§ 55 (86)

Erkennungsdienstliche Maßnahmen

(1) Zur Sicherung des Vollzugs der Unterbringung sind als erkennungsdienstliche Maßnahmen zulässig:

1. die Abnahme von Finger- und Handflächenabdrücken,
2. die Aufnahme von Lichtbildern,
3. die Feststellung äußerlicher körperlicher Merkmale,
4. Messungen.

(2) Die gewonnenen erkennungsdienstlichen Unterlagen werden getrennt von den Personal- und Krankenakten aufbewahrt. Sie können auch zu den kriminalpolizeilichen Sammlungen genommen werden.

(3) Personen, die nach Absatz 1 erkennungsdienstlich behandelt worden sind, können, wenn die Maßregel erledigt ist, verlagen, daß die gewonnenen erkennungsdienstlichen Unterlagen vernichtet werden; sie sind über dieses Recht spätestens bei einer bedingten Entlassung zu belehren.

§ 56 (87)

Festnahmerecht

Ein Untergebrachter, der entwichen ist oder sich sonst ohne eine erforderliche Erlaubnis außerhalb der Einrichtung aufhält, kann durch die Vollzugsbehörde oder auf ihre Veranlassung hin festgenommen und in die Einrichtung zurückgebracht werden.

§ 57 (88, 90)

Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Gegen einen Untergebrachten können besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn in erhöhtem Maße Fluchtgefahr besteht oder sonst sein Verhalten oder sein Zustand eine erhebliche Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung darstellt, insbesondere wenn Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen oder eine Selbsttötung oder Selbstverletzung zu befürchten sind.

(2) Als besondere Sicherungsmaßnahmen sind zulässig:

1. die Absonderung von anderen Untergebrachten,
2. die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährliche Gegenstände,
3. der Entzug oder die Vorenthaltung von Gegenständen,
4. der Entzug oder die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien,
5. die Fesselung.

(3) In der Regel dürfen Fesseln nur an den Händen oder an den Füßen angelegt werden. Im Interesse des Untergebrachten kann eine andere Art der Fesselung angeordnet werden. Die Fesselung ist zeitweise zu lockern, soweit dies notwendig ist.

(4) Besondere Sicherungsmaßnahmen dürfen nur aufrecht erhalten werden, soweit es ihr Zweck erfordert.

(5) Während der Durchführung besonderer Sicherungsmaßnahmen ist eine ärztliche Mitwirkung und Überwachung zu gewährleisten.

§ 58 (89)

Einzelunterbringung, unausgesetzte Absonderung

Die unausgesetzte Absonderung eines Untergebrachten über einen Zeitraum von mehr als einem Monat bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung erstreckt sich jeweils nur auf einen Zeitraum von höchstens zwei weiteren Monaten und ist erforderlichenfalls zu erneuern.

SECHSTER TITEL

Unmittelbarer Zwang

§ 59 (95)

Begriffsbestimmung

Unmittelbarer Zwang ist die Einwirkung auf Personen durch körperliche Gewalt sowie durch dienstlich zugelassene Fesseln und Reizstoffe. Unmittelbarer Zwang kann auch durch körperliche Einwirkung auf Sachen ausgeübt werden.

§ 60 (94)

Allgemeine Voraussetzungen

(1) Bedienstete der Einrichtungen dürfen unmittelbaren Zwang anwenden, wenn dies erforderlich ist, um die Behandlungsmaßnahmen, zu deren Duldung der Untergebrachte verpflichtet ist, oder Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder der Ordnung in der Einrichtung durchzuführen.

(2) Gegen andere Personen als Untergebrachte darf unmittelbarer Zwang angewendet werden, wenn sie es unternehmen, Untergebrachte zu befreien oder in den Bereich der Einrichtung widerrechtlich einzudringen, oder wenn sie sich trotz Abmahnung darin unbefugt aufhalten.

(3) Das Recht zu unmittelbarem Zwang auf Grund anderer Vorschriften bleibt unberührt.

§ 61 (96)

Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

(1) Unter mehreren möglichen und geeigneten Maßnahmen des unmittelbaren Zwanges sind diejenigen zu wählen, die den einzelnen und die Allgemeinheit voraussichtlich am wenigsten beeinträchtigen.

(2) Unmittelbarer Zwang unterbleibt, wenn ein durch ihn zu erwartender Schaden erkennbar außer Verhältnis zu dem angestrebten Erfolg steht.

§ 62 (98)

Androhung

Unmittelbarer Zwang ist vorher anzudrohen. Die Androhung darf nur dann unterbleiben, wenn die Umstände sie nicht zulassen oder unmittelbarer Zwang sofort angewendet werden muß, um eine rechtswidrige Tat, die den Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt, zu verhindern oder eine gegenwärtige Gefahr abzuwenden.

SIEBTER TITEL

Einschränkung der Grundrechte, Inkrafttreten

§ 63 (196)

Einschränkung von Grundrechten

Durch dieses Gesetz werden die Grundrechte aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 und 2 (körperliche Unversehrtheit und Freiheit der Person) und Artikel 10 Abs. 1 (Brief-, Post- und Fermeldegeheimnis) des Grundgesetzes eingeschränkt.

Begründung

Vorbemerkungen

I.

Mit dem Strafvollzugsgesetz vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581) sind erstmals die Rechte und Pflichten der Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten in umfassender Weise gesetzlich geregelt worden. Notwendig werdende Beschränkungen der Rechte des Gefangenen haben nunmehr eine gesetzliche Grundlage gefunden. Damit hat der Gesetzgeber für den Bereich des Strafvollzuges und der Sicherungsverwahrung zugleich auch eine Forderung des Bundesverfassungsgerichtes erfüllt, das das Fehlen einer entsprechenden gesetzlichen Eingriffsgrundlage beanstandet und einen Rückgriff auf die Rechtsfigur des besonderen Gewaltverhältnisses für unzureichend erklärt hatte (BVerfGE 33, 1). Darüber hinaus hat das Strafvollzugsgesetz in erster Linie die Aufgabe gestellt, den Freiheitsentzug künftig so zu gestalten, daß der Gefangene die Fähigkeit erlangt, nach seiner Entlassung ein Leben in sozialer Verantwortung ohne Straftaten zu führen (vgl. § 2 StVollzG).

Der Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt ist bislang noch nicht durch Gesetz detailliert geregelt worden. Das Strafvollzugsgesetz beschränkt sich im wesentlichen auf die Angabe der mit dem Maßregelvollzug verfolgten Ziele (§§ 136, 137 StVollzG) und überläßt die nähere Ausgestaltung dem Landesrecht (§ 138 StVollzG). Dessen Aufgabe muß es sein, die für den Bereich des Maßregelvollzuges erforderlichen gesetzlichen Eingriffsgrundlagen zu schaffen, die allerdings speziell auf den hier in Frage stehenden Personenkreis zugeschnitten sein müssen. Vor allem erscheint — anders als beim Strafvollzugsgesetz — eine gesetzliche Grundlage für die auf die Erreichung des Vollzugszieles ausgerichtete ärztliche Behandlung unverzichtbar.

Ähnlich wie das Strafvollzugsgesetz sollten sich die Maßregelvollzugsgesetze der Länder jedoch vor allem auch um eine an dem Rehabilitationsziel orientierte Gestaltung des Vollzuges bemühen. Die von dem Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder im März 1976 eingesetzte Arbeitsgruppe zur Erstellung eines Musterentwurfs eines Maßregelvollzugsgesetzes hat es deshalb für nicht sachgerecht erachtet, lediglich Vorschläge für ein reines Eingriffsgesetz zu unterbreiten. Vielmehr will der Entwurf dazu beitragen, gerade denjenigen Patienten zu helfen, denen bislang nur sehr unzureichend Hilfe zuteil geworden ist.

Ein langjähriger und im Falle des psychiatrischen Krankenhauses unbefristeter Maßregelvollzug erscheint der Arbeitsgruppe nur dann vertretbar, wenn die Allgemeinheit, deren Schutz die Unterbringung des psychisch kranken Rechtsbrechers dient, ihrerseits bereit ist, alles zu tun, um die Dauer des Freiheitsentzuges auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken. Um dies zu erreichen, ist nicht nur die ärztliche Versorgung sicherzustellen, sondern im Einzelfall auch für die zu einer Rehabilitation erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahmen (§ 15) Sorge zu tragen. Unterricht und heilpädagogische Förderung (§ 16) haben ebenso wie geeignete beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen (§ 17), die Zuweisung wirtschaftlich ergiebiger Arbeit sowie die Gewährung von Zuwendungen (§ 23) und Taschengeld (§ 24) auf das Ziel einer sozialen Eingliederung der Untergebrachten Bedacht zu nehmen. Nicht zuletzt gilt es, das soziale Ver-

antwortungsbewußtsein des einzelnen zu entwickeln; im Rahmen des Möglichen soll dem Untergebrachten deshalb in der Einrichtung Mitverantwortung für Angelegenheiten von gemeinsamen Interesse übertragen werden (§ 10 Abs. 3). Um es den Betroffenen zu erleichtern, sich nach ihrer Entlassung in Freiheit zu bewähren, soll ihnen — soweit es ihre Behinderung zuläßt — Gelegenheit zur Berufsausbildung, Umschulung oder zur Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen gegeben werden (§ 17 Abs. 3). Überhaupt ist der Entwurf bestrebt, den Vollzug der Maßregeln so zu gestalten, daß dem einzelnen der Übergang in die Freiheit erleichtert wird. Eine möglichst weitgehende Angleichung des Vollzuges an die allgemeinen Lebensverhältnisse (§ 10 Abs. 1 Satz 2), Lockerungen des Vollzuges und Urlaub (§ 21) sowie ein stufenweiser Übergang bis hin zum offenen Vollzug (§ 20) sollen eine spätere soziale Eingliederung des Untergebrachten erleichtern. Aus dem gleichen Grunde hält es die Arbeitsgruppe für wesentlich, rechtzeitig persönliche Kontakte außerhalb der Einrichtung herzustellen oder zu festigen und eine allmähliche Integration des zu Entlassenden in den Arbeitsprozeß zu gewährleisten (§ 29). Ein Überbrückungsgeld (§ 26) soll den Entlassenen vor ersten wirtschaftlichen Schwierigkeiten auf dem Wege in die Freiheit bewahren. Allerdings ist sich die Arbeitsgruppe darüber im klaren, daß weitere soziale Hilfen erforderlich sind, die von diesem Musterentwurf nicht erfaßt werden.

Wenn sich die Vorschriften des Entwurfs primär an dem Ziel einer Rehabilitation der Untergebrachten orientieren, so verkennen sie doch andererseits auch nicht, daß dieses Ziel nicht in allen Fällen erreicht werden kann. Läßt sich eine entscheidende Besserung oder Heilung des psychisch kranken Rechtsbrechers trotz sachgerechter Therapie nicht erreichen und kommt deshalb im Rahmen des § 63 StGB eine Dauerunterbringung in Betracht, so wird der Pflege und Betreuung der Patienten besondere Bedeutung beigelegt werden müssen. Auch hier gilt es, daß eine Gesellschaft, die zu ihrem Schutz die dauernde Verwahrung eines kranken Mitmenschen rechtfertigt, jedenfalls verpflichtet ist, diesem Personenkreis den Aufenthalt in einer Einrichtung weitmöglichst zu erleichtern. Neben einer menschenwürdigen, der langen Unterbringungsdauer Rechnung tragenden Unterkunft sind hier — außer beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen — auch sinnvolle Angebote zur Freizeitgestaltung (§ 19) erforderlich. Auch wird es sich nicht selten anbieten, vor allem ältere Patienten in psychiatrischen Einrichtungen außerhalb des Maßregelvollzugs (wie etwa im Pflegeheim) unterzubringen und ihnen im Einzelfall damit ein höheres Maß an Freiheit zu gewähren. Hier wird es darum gehen, in geeigneten Fällen entsprechende Anregungen u. a. an die für die Entscheidung nach § 67 d Abs. 2 StGB zuständige Strafvollstreckungskammer heranzutragen.

II.

Soweit eigenständige Regelungen des Maßregelvollzuges nicht geboten erschienen, hat sich der Entwurf weitgehend an das Vorbild des Strafvollzugsgesetzes angelehnt. Zuweilen stand die Arbeitsgruppe vor der Frage, ob — etwa im Blick auf die Entziehungsanstalt — differenziertere Lösungen vorgeschlagen werden sollten. In Zweifelsfällen ist davon indes Abstand genommen worden aus der Erwägung, daß eine Detailregelung den notwendigen Ermessensspielraum bei der Aufstellung des Behandlungs- und Eingliederungsplanes und bei der Durchführung der im Einzelfall angezeigten therapeutischen Maßnahmen zu stark einschränken würde. Umgekehrt wiederum war die Arbeitsgruppe aber auch der Auffassung, daß es angesichts der vergleichsweise umfassenden Regelung der für den Bereich des Maßregelvollzugs erforderlichen gesetzlichen Eingriffsgrundlagen einer generellen Norm, wie sie § 4 Abs. 2 Satz 2 StVollzG enthält, hier nicht mehr bedarf.

III.

Mit dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Drucksache 7/4200 — ist die Arbeitsgruppe der Ansicht, daß die Durchführung des Maßregelvollzuges den für die allgemeine psychiatrische Versorgung zuständigen Stellen obliegen sollte. Auf die entsprechenden Ausführungen des genannten Berichtes (vgl. S. 282 ff. des Berichts) kann insoweit verwiesen werden.

Zu § 1 — Anwendungsbereich

§ 1 regelt den Anwendungsbereich des Gesetzes. Bewußt stellt die Vorschrift generell auf den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt ab; sie erfaßt damit auch die in § 67 a StGB geregelten Fälle, in denen der Täter aus dem Vollzug einer anderen freiheitsentziehenden Maßregel in den Vollzug der in § 61 Nr. 1, 2 StGB genannten Maßregeln überwiesen wird. Daß das Gesetz im übrigen nicht nur im Bereich des Erwachsenenstrafrechts gilt, ergibt sich aus den Vorschriften, die eine Anwendbarkeit des Entwurfs auf den dem Jugendgerichtsgesetz unterworfenen Personenkreis voraussetzen (vgl. § 5).

Keine Anwendung findet das Gesetz dagegen auf die Fälle der §§ 81 und 126 a StPO. Es wird deshalb unumgänglich sein, die in verschiedenen Unterbringungsgesetzen der Länder enthaltenen Konkurrenzregelungen (vgl. beispielhaft in § 11 Abs. 3 PsychKG NRW) zu beseitigen. Hierdurch könnten die rechtlichen Schwierigkeiten, die derzeit einer Behandlung der unter die §§ 81 und 126 a StPO fallenden Personen entgegenstehen, ausgeräumt werden. Darüber hinaus erscheint aber auch eine Ergänzung der Vorschriften der Strafprozeßordnung wünschenswert, um die notwendige Behandlung der Patienten zu gewährleisten.

Zu § 2 — Einrichtungen des Maßregelvollzugs —

Gemäß § 139 StVollzG werden die Freiheitsstrafe, die Unterbringung in sozialtherapeutischen Anstal-

ten und in der Sicherungsverwahrung in Anstalten der Landesjustizverwaltungen vollzogen. Der vorliegende Entwurf geht davon aus, daß auch die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. in einer Entziehungsanstalt in Einrichtungen des Landes vollzogen wird; einer abweichenden gesetzlichen Regelung über die Trägerschaft (z. B. durch die Einbeziehung von Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege insbesondere für den offenen Vollzug) steht jedoch nichts im Wege. In einem solchen Fall bedürfen allerdings namentlich die Vorschriften über die Aufsicht (§ 3) und über die Anwendung unmittelbaren Zwangs (6. Titel) einer entsprechenden Ergänzung.

Absatz 2 stellt klar, daß der Vollzug in Einrichtungen anderer Bundesländer aufgrund besonderer Vereinbarungen nicht ausgeschlossen sein soll. Einweisungen oder Verlegungen in Einrichtungen eines anderen Bundeslandes können namentlich aus Behandlungs- oder Sicherheitsgründen erforderlich sein.

Zu § 3 — Aufsichtsbehörden

Die Vorschrift trägt dem Umstand Rechnung, daß der Maßregelvollzug zu einem wesentlichen Teil als therapeutischer Auftrag durchgeführt wird.

Zu § 4 — Entscheidungsbefugnisse

Die Entwurfsvorschrift stellt klar, daß die Entscheidungen über Vollzugsmaßnahmen grundsätzlich von der Vollzugsbehörde, also der Einrichtung, zu treffen sind. Dies gilt auch für die Entscheidungen über Vollzugslockerungen und Urlaub, die bisher den Gnadenbehörden vorbehalten waren. Der Entwurf übernimmt damit die entsprechenden Regelungen des Strafvollzugsgesetzes.

Für die Entscheidungsbefugnisse innerhalb der Anstalt trifft der Entwurf nur sehr begrenzte Regelungen, um nicht unnötig in die weitere Entwicklung der Anstaltsorganisation einzugreifen. Absatz 2 hebt deshalb lediglich die Entscheidungsbereiche vor, die dem Anstaltsleiter wegen ihrer besonderen Bedeutung vorbehalten bleiben sollen. Nach Absatz 2 Satz 2 kann allerdings die Aufsichtsbehörde zulassen, daß selbst diese Entscheidungen auch von anderen Bediensteten getroffen werden. Dabei kann die Aufsichtsbehörde auch anordnen, daß bestimmte Entscheidungen von mehreren Bediensteten gemeinsam getroffen werden müssen oder können. Soweit durch Absatz 2 die Übertragung von Entscheidungsbefugnissen nicht ausgeschlossen ist, darf der Leiter der Einrichtung — oder ggf. ihre kollegiale Leitung — Entscheidungsbefugnisse weigehend auf andere Bedienstete der Einrichtung übertragen. Damit bei Gefahr im Verzuge die erforderlichen besonderen Sicherungsmaßnahmen getroffen werden können, läßt Absatz 3 der Entwurfsvorschrift weitere Ausnahmen von Absatz 2 zu. Absatz 4 verweist auf zusätzliche Sonderregelungen des Entwurfs.

Zu § 5 — Vollstreckungsplan

Die zuständige oberste Landesbehörde soll die Zuständigkeiten der am Maßregelvollzug beteiligten Einrichtungen in einem Vollstreckungsplan festlegen.

Der Entwurf hebt daher die für Jugendliche und junge Volljährige vorzusehenden Einrichtungen oder Abteilungen besonders hervor. Er setzt damit jenen Weg fort, den das Jugendgerichtsgesetz mit der Vorschrift des § 93 a JGG begonnen hatte. Die Einbeziehung der jungen Volljährigen ist dabei nicht nur eine Folge der Herabsetzung des Volljährigkeitsalters, sondern steht vor allem im Einklang mit den Bestrebungen, in verstärktem Umfang auch im materiellen Strafrecht Sonderregelungen für Jungtäter zu schaffen (vgl. z. B. die noch nicht in Kraft getretenen Vorschriften über die sozialtherapeutischen Anstalten und die damit verbundene Neufassung der Vorschriften über die Sicherungsverwahrung).

Zu § 6 — Abweichungen vom Vollstreckungsplan

Unter gewissen Bedingungen können im Einzelfall Abweichungen vom Vollstreckungsplan zulässig sein, und zwar sowohl unmittelbar bei der Einweisung als auch im Wege späterer Verlegung. „Verlegung" ist (im Sinne des § 8 StVG zur „Überstellung" im Sinne des Stravollzugsgesetzes) die Unterbringung auf Dauer in einer anderen für die gleiche Maßregel vorgesehenen Einrichtung oder Abteilung. Gründe für diese Abweichungen können sowohl in besonderen Behandlungs- und Eingliederungsbedürfnissen des Untergebrachten als auch in der Vollzugsorganisation, z. B. bei plötzlichem Ausfall einer Einrichtung oder Minderung ihrer Belegungsfähigkeit, liegen.

Über die Verlegung aus dem Zuständigkeitsbereich einer obersten Landesbehörde in den einer anderen bedarf es besonderer Vereinbarungen unter den Ländern; in den Gesetzentwurf wurden sie nicht aufgenommen.

Zu § 7 — Gliederung und Ausstattung der Einrichtungen

Die Einrichtungen des Maßregelvollzugs sollen so unterschiedlich ausgestattet sein, daß sie je nach dem Standard ihrer diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten den jeweiligen Behandlungsbedürfnissen im Einzelfalle entsprechend ausgewählt werden können. In den Absätzen 1 und 2 sind die wesentlichsten Gesichtspunkte genannt, die bei einer differenzierten Ausgestaltung der Einrichtungen und ihrer Abteilungen besonders zu berücksichtigen sind: die Art der Krankheit oder der Behinderung sowie das Lebensalter.

Von weitergehenden Typisierungen der Vollzugseinrichtungen sowie von Belegungsgrenzen der Anstalten ist im Interesse der Fortentwicklung des Systems und der Ausnutzung örtlicher Gegebenheiten abgesehen worden.

Absatz 3 bildet die Grundlage für die Durchführung des § 17 i. V. m. § 11 Abs. 1 Satz 2. Hiernach sind die Voraussetzungen für eine Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zu schaffen, in denen der Untergebrachte seinem Leistungsvermögen entsprechend unter Annäherung an die allgemeinen Lebensverhältnisse beschäftigt werden kann.

Zu § 8 — Personelle Ausstattung

In einer Einrichtung für den Maßregelvollzug arbeiten Angehörige einer Reihe verschiedener Berufsgruppen zur Erreichung des Vollzugsziels zusammen (§ 10). Im Entwurf ist von einer Aufzählung dieser Berufe abgesehen worden, um einer weiteren Entwicklung der Behandlungsmöglichkeiten Rechnung tragen zu können. Besonderes Gewicht kommt der Fort- und Weiterbildung aller Bediensteten zu. Dadurch soll gewährleistet werden, daß neue Erkenntnisse in die Behandlung der Untergebrachten einfließen.

Zu § 9 — Ausgestaltung der Räume

Für die Ausgestaltung der Räume für den Maßregelvollzug sollten im wesentlichen die gleichen an den Erfordernissen der Behandlung orientierten Grundsätze gelten, die auch auf psychiatrische Einrichtungen im übrigen anzuwenden sind. Es müssen die besonderen Bedingungen erfüllt werden, die sich aus der Altersgruppe, sowie nach der Art und Schwere der Erkrankung oder Behinderung des Untergebrachten ergeben. Den Therapieerfordernissen und der nach § 11 geforderten Anpassung an die allgemeinen Lebensbedingungen entspricht es insbesonders, daß die Räume wohnlich zu gestalten sind.

Vorbehalten bleiben Änderungen, die sich aus einer etwa notwendig werdenden Anpassung an die noch ausstehende Rechtsverordnung zu § 3 des Gesetzes über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige ergeben können. Soweit die Forderungen des Absatzes 2 der Entwurfsvorschrift, insbesondere hinsichtlich der Belegungsgrenzen, nicht schon mit dem Inkrafttreten des Gesetzes verwirklicht werden können, werden Übergangsvorschriften aufzunehmen sein, die eine stufenweise Realisierung vorsehen.

Zu § 10 — Zusammenarbeit

Zur Erreichung des Vollzugsziels ist eine enge Zusammenarbeit der Mitarbeiter, die vielfach unterschiedlichen Berufsgruppen angehören (vgl. § 8), unerläßlich. Die ausdrückliche Erwähnung dieser Zusammenarbeit in Absatz 1 verpflichtet auch den Leiter der Einrichtung, alle Vorkehrungen zu ihrer Verwirklichung zu treffen — z. B. Konferenzen im notwendigen Umfang durchzuführen — und entgegenstehende Schwierigkeiten auszuräumen.

Durch Absatz 2 wird eine Verpflichtung zur Kooperation auch gegenüber allen Personen und Stellen begründet, die dem Untergebrachten bei seiner Eingliederung zu helfen vermögen. Im übrigen sollen die Einrichtungen des Maßregelvollzugs, wie aus den Absätzen 3 und 4 hervorgeht, mit ihrer Arbeit nicht isoliert bleiben; sie sollen mit anderen psychiatrischen Einrichtungen in Fühlung stehen und im Kontakt mit einschlägigen Forschungseinrichtungen optimale Methoden des Maßregelvollzugs entwickeln.

Zu § 11 — Grundsätze

Absatz 1 Satz 1 stellt noch einmal ausdrücklich klar, daß sich der Maßregelvollzug an den Vollzugszielen der §§ 136 und 137 StVollzG zu orientieren hat. Danach soll der im psychiatrischen Krankenhaus Untergebrachte — soweit möglich — „geheilt oder sein Zustand soweit gebessert werden, daß er nicht mehr gefährlich ist" (§ 136 Satz 2 StVollzG). „Ziel der Behandlung des Untergebrachten in einer Entziehungsanstalt ist es, ihn von seinem Hang zu heilen und die zugrundeliegende Fehlhaltung zu beheben" (§ 137 StVollzG).

Indem der Entwurf davon spricht, daß der Vollzug auf die oben genannten Ziele auszurichten ist, macht er deutlich, daß sich die Einrichtungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten um die Rehabilitation der Untergebrachten zu bemühen haben. Dies folgt im übrigen schon aus der in der Vorbemerkung erörterten Erwägung, daß auch die im Interesse der Sicherheit der Allgemeinheit erfolgende Verwahrung eines psychisch kranken Rechtsbrechers nur dann vertretbar erscheint, wenn die Gemeinschaft zugleich den ernsthaften Versuch unternimmt, durch entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen die Voraussetzungen für eine spätere Entlassung des Untergebrachten zu schaffen.

Die besondere Betonung des Rehabilitationsgedankens sollte umgekehrt jedoch nicht zu dem Mißverständnis Anlaß geben, als könne der Sicherheitsaspekt im Rahmen des Maßregelvollzuges vernachlässigt werden. Wo der Schutz der Bevölkerung vor schwersten Straftaten die sichere Verwahrung eines nicht rehabilitationsfähigen oder noch nicht resozialisierten psychisch kranken Rechtsbrechers erfordert, muß diesem Bedürfnis bei der Ausgestaltung des Vollzuges Rechnung getragen werden. Nur darf auch im letzteren Falle ein noch mögliches Bemühen um die spätere Rehabilitation des Untergebrachten nicht aufgegeben oder vermindert werden. Im übrigen wird beim Vollzug der hier in Frage stehenden Maßregeln zu beachten sein, daß der Sicherheitsaspekt einen unterschiedlichen Stellenwert genießt, je nach dem, ob es sich um die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) handelt. Während im ersteren Falle die unbefristete Unterbringung aus Gründen der Sicherheit der Allgemeinheit möglich ist, scheidet die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 Abs. 2 StGB aus, „wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint". Damit hat das Gesetz zugleich deutlich gemacht, daß eine Unterbringung in der Entziehungsanstalt nicht allein schon deshalb statthaft ist, weil die Sicherheit der Bevölkerung durch die

entsprechende Verwahrung des Täters gewährleistet würde. Vielmehr kann der Schutz der Bevölkerung hier nur mittelbar auf dem Wege über die Rehabilitation des Täters erreicht werden. Nicht Sicherheit durch Verwahrung, sondern Schutz durch Rehabilitation steht damit im Vordergrund der Maßregel des § 64 StGB. Eine — vom Sicherheitsgesichtspunkt aus gesehen — unterschiedliche Ausgestaltung des Vollzuges der Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB kann sich demnach im Einzelfall als berechtigt erweisen.

Im übrigen ist auf die Grundsätze des Vollzuges im wesentlichen schon im Rahmen der Vorbemerkungen eingegangen worden; es kann insoweit auf das dort Gesagte verwiesen werden.

Zu § 12 — Aufnahmeverfahren

Die Entwurfsvorschrift entnimmt aus dem Strafvollzugsgesetz die dort in § 5 Abs. 2 und Absatz 3 (1. Halbsatz) sowie in § 72 Abs. 1 enthaltenen Bestimmungen, die insbesondere gewährleisten sollen, daß der Untergebrachte nach der Einweisung in die Einrichtung sogleich die notwendigen Hilfs- und Behandlungsmaßnahmen erfährt.

Zu § 13 — Behandlungs- und Eingliederungsplan

Die gesetzliche Bindung der für den Vollzug verantwortlichen Personen und Stellen an ein Mindestmaß von Planung dient dazu, sie zu veranlassen, so früh wie möglich einige wesentliche Grundsatzentscheidungen zu treffen, die nicht dem Zufall des weiteren Verlaufes des Vollzuges überlassen werden dürfen. Der Plan soll andererseits selbstverständlich kein Hinderungsgrund sein, neue Erkenntnisse zum Tragen zu bringen. Deshalb ist er jederzeit einer Überprüfung zugänglich. Absatz 3 stellt auch hierfür nur eine Mindestsicherung dar; einer sachlich gebotenen Überprüfung vor Ablauf von sechs Monaten steht nichts entgegen. Die Grundsätze für die Aufstellung des Planes gelten entsprechend für dessen Überprüfung und Abänderung.

Die Verbindlichkeit des Planes für alle verantwortlichen Entscheidungen im Laufe des Vollzuges bedingt zwangsläufig, daß an seiner Aufstellung diejenigen zu beteiligen sind, die für die Durchführung im einzelnen maßgebliche Verantwortung tragen.

Die Vorschrift regelt die in §§ 6 und 7 StVollzG angesprochenen Aufgaben des Vollzuges. Bewußt ist bereits in der Bezeichnung als „Behandlungs"-Plan auf die Unterschiede des Vollzuges hingewiesen worden. Die Vorschrift stellt minimale Anforderungen an den Plan. Weitere Anforderungen werden den besonderen Bedingungen des Einzelfalles entsprechend zu erfüllen sein.

Zu § 14 — Ärztliche Behandlung zur Erreichung des Vollzugsziels

Die Vorschrift gewährt die erforderliche Eingriffsgrundlage für eine auf die Erreichung des Vollzugsziels ausgerichtete ärztliche Behandlung. Darüber hinaus macht die Fassung des Entwurfs (Absatz 1 Satz 1) deutlich, daß die Einrichtung nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet ist, dem Untergebrachten ärztliche Behandlung zuteil werden zu lassen. Denn ein langjähriger, in den Fällen des § 63 StGB sogar unbefristeter Freiheitsentzug läßt sich unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten — namentlich nach dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz — nur rechtfertigen, wenn Sorge dafür getragen wird, daß die Unterbringung nicht länger als notwendig vollstreckt wird. Soweit die ärztliche Behandlung des Untergebrachten dazu beitragen kann, die Voraussetzungen für eine bedingte Aussetzung der Unterbringung nach § 67 d Abs. 2 StGB zu schaffen, muß sie im Interesse des Untergebrachten in einem angemessenen Umfang durchgeführt werden. Dabei wird die Frage, welches Behandlungsangebot von seiten der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden muß, unter Berücksichtigung des hohen Wertes zu beantworten sein, den unsere freiheitliche Grundordnung dem Rechtsgut der Freiheit beimißt.

Durch Absatz 1 Satz 2 wird klargestellt, daß es grundsätzlich keiner Einwilligung des Untergebrachten in die zur Erreichung der Vollzugsziele durchgeführten Behandlung bedarf. Gleiches gilt für die hierzu erforderlich werdenden Untersuchungen (Absatz 1 Satz 1, 2. Halbsatz). Dabei geht der Entwurf davon aus, daß die in den §§ 63 u. 64 StGB geregelten Maßregeln der Besserung und Sicherung zu einem wesentlichen Teil auf die Behandlung des Untergebrachten gerichtet sind; bestätigt wird dies nicht nur durch die Neufassung der §§ 63 und 64 StGB im Rahmen der Strafrechtsreform, sondern vor allem auch durch die Umschreibung der mit der Unterbringung verfolgten Vollzugsziele in den §§ 136 und 137 des Strafvollzugsgesetzes. Ordnet das Gericht die Unterbringung des Täters in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt an, so trifft es damit zugleich die Entscheidung, daß der Untergebrachte auch ohne dessen Einwilligung innerhalb bestimmter Grenzen ärztlich behandelt werden darf. Die Fälle, in denen es einer Einwilligung des Untergebrachten in die ärztliche Behandlung bedarf, sind in Absatz 2 aufgeführt. Handelt es sich um einen operativen Eingriff oder ist die Behandlung mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko oder einer Gefahr für das Leben des Untergebrachten verbunden, so kann auf die Einwilligung des Betroffenen nicht verzichtet werden; es erscheint nämlich — ebenfalls unter dem Gesichtspunkt des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes — nicht vertretbar, derartige Risiken gegen den Willen des Untergebrachten einzugehen. Allerdings sollte umgekehrt das Einwilligungserfordernis auch auf diese Fälle beschränkt bleiben. Deshalb stellt Absatz 2 nicht auf jeden „Eingriff" schlechthin (z. B. Blutentnahme zu Untersuchungszwecken; Injektion eines Arzneimittels) ab, sondern lediglich auf die „operativen Eingriffe", wobei der Entwurf diese im Sinne des allgemeinen Sprachgebrauchs verstanden wissen will.

Absatz 2 verbietet risikoreiche Behandlungen generell und ohne Rücksicht auf eine etwaige Einwilli-

gung des Betroffenen, wenn diese Behandlung wegen ihrer Gefährlichkeit „außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Erfolg" stehen. Hier erscheint es nicht vertretbar, die Einwilligung des Untergebrachten (oder nach Absatz 3 die des Personensorgeberechtigten) einzuholen. Eine derartige Behandlung wäre eher noch bedenklicher als die klinische Prüfung eines Arzneimittels, die selbst in den Fällen des § 41 des Arzneimittelgesetzes (therapeutische Zielsetzung) nach § 40 Abs. 1 Nr. 3 ArzneimittelG bei verwahrten Personen untersagt ist.

In den in Absatz 3 erwähnten Fällen ist die Einwilligung des Personensorgeberechtigten entweder anstelle der Einwilligung des Untergebrachten maßgebend (Satz 1) oder neben der Einwilligung des Untergebrachten (Satz 2) erforderlich. Außerdem darf die Behandlung hier nur mit Genehmigung der Strafvollstreckungskammer oder des Vollstreckungsleiters vorgenommen werden (Absatz 4). Der Entwurf ist sich bewußt, daß die in Absatz 1 erwähnte Behandlung darauf gerichtet ist, das Verhalten der Untergebrachten auf Dauer zu verändern. In aller Regel werden hiergegen auch keine Bedenken zu erheben sein, etwa in den Fällen der Psychotherapie oder einer zeitlich begrenzten Therapie mit Psychopharmaka. Die Grenzen des Behandlungsrechts sind indes stets dort erreicht, wo die Achtung vor der Würde des Menschen einem weiteren ärztlichen Vorgehen Einhalt gebieten muß. Wo die Behandlung den Untergebrachten im Kernbereich seiner Persönlichkeit verändern würde, steht die Therapie — unabhängig von ihrer Zielrichtung — nicht mehr im Einklang mit der von Artikel 1 des Grundgesetzes geforderten Achtung der Menschenwürde. § 14 Abs. 5 des Entwurfs schließt deshalb ohne Ausnahme derartige Behandlungen aus. Wenn der Entwurf in diesem Zusammenhang vom „Kernbereich der Persönlichkeit" spricht, so meint er damit jenen Bereich, der nach allgemeinem Wertbewußtsein für schlechthin unantastbar betrachtet werden muß. Insoweit lehnt sich der Entwurf an jene Rechtsprechung zum „Kernbereich des Rechts" an, der nach „allgemeiner Rechtsüberzeugung von keinem Gesetz und keiner anderen obrigkeitlichen Maßnahme verletzt werden darf" (vgl. BGHSt. 2, 237 ff). In diesem Sinne könnten bestimmte Formen der Leukotomie für einen den Kernbereich der Persönlichkeit veränderten Eingriff genannt werden.

Es bedarf keiner besonderen Hervorhebung, daß der Entwurf die Vorschriften des Bundesrechts unberührt läßt. Dies gilt nicht zuletzt für das Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden vom 15. August 1969 (BGBl. I S. 1143).

Zu § 15 — Psychotherapeutische Maßnahmen zur Erreichung des Vollzugszieles

§ 15 regelt psychotherapeutische Maßnahmen zur Erreichung des Vollzugszieles, die im Strafvollzugsgesetz nicht besonders berücksichtigt sind.

Ein Vollzug der Maßregeln zur Besserung und Sicherung in einem Psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt erfordert in Einzelfällen die Einbeziehung psychotherapeutischer Maßnahmen. In Abhängigkeit von dem jeweiligen Krankheitsbild und unter Berücksichtigung des Standes der Wissenschaft sind geeignete psychotherapeutische Maßnahmen anzuwenden. Nach dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen sind vor allem die Verhaltens- und Gesprächstherapie sowie die analytische Therapie zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit, je nach Krankheitsbild unterschiedliche psychotherapeutische Methoden berücksichtigen zu müssen, erfordert eine differenzierte Auswahl der die Psychotherapie ausübenden Ärzte und nichtärztlichen Psychotherapeuten.

Da eine innere Ablehnung der Psychotherapie für den Untergebrachten und seine Möglichkeit, sich hinter dem Argument zu verschanzen, gezwungenermaßen an der Therapie teilnehmen zu müssen, zu keinem positiven Ergebnis führt und da die Mitarbeit des Untergebrachten bei dem Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen entscheidend ist, kann die psychotherapeutische Behandlung nicht gegen den Willen des Untergebrachten durchgeführt werden. Auch nach Ablehnung sollte jedoch versucht werden, eine Bereitschaft zu psychotherapeutischen Maßnahmen bei dem Untergebrachten zu wecken.

Zu § 16 — Unterricht und heilpädagogische Förderung

Die Vorschrift ist § 38 StVollzG nachgebildet, stellt aber wegen der Besonderheit der Behinderung der Untergebrachten rehabilitative Maßnahmen besonders heraus.

Wie die Erfahrung gezeigt hat, ist eine Rehabilitation von jungen Untergebrachten entscheidend von der Durchführung einer heilpädagogischen Förderung abhängig.

In Anlehnung an § 35 Abs. 3 Satz 2 StVollzG hat der Untergebrachte gemäß Absatz 6 der Entwurfsvorschrift die Aufwendungen für Ausführungen zur Erledigung persönlicher, familiärer, rechtlicher oder geschäftlicher Angelegenheiten selbst zu tragen, sofern dadurch die Behandlung oder Eingliederung nicht behindert werden. Eine Ausdehnung dieser Vorschrift auf die Vorführung zur Teilnahme an gerichtlichen Terminen in den Fällen, in denen das Gericht die Vorführung nicht angeordnet hat, erscheint angemessen, da es sich auch insoweit nicht um Ausführungen im Behandlungsinteresse, sondern im Interesse der sonstigen Angelegenheiten des Untergebrachten handelt.

Zu § 17 — Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, berufliche Eingliederung

Die Vorschrift ist dem § 37 StVollzG nachgebildet, macht jedoch deutlich, daß im Maßregelvollzug therapeutische Maßnahmen der Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie im Vordergrund stehen.

Soweit geeigneten Untergebrachten Arbeit zugewiesen wird, soll der rehabilitative Gesichtspunkt

besonders beachtet werden. Oft können Untergebrachte einem früher ausgeübten Beruf nicht mehr nachgehen, deshalb soll die Zeit des Maßregelvollzuges sinnvoll für Maßnahmen der beruflichen Eingliederung, insbesondere aber eine Umschulung genutzt werden.

Im Gegensatz zu § 41 StVollzG kennt der Maßregelvollzug keine Arbeitspflicht.

Zu § 18 — Abschlußzeugnis

Die Vorschrift soll Benachteiligungen des Untergebrachten, die ihm nach seiner Entlassung drohen, entgegenwirken. Sie will verhindern, daß sich Vorbehalte gegenüber Vorbestraften wie auch gegenüber psychisch Kranken hier noch in verstärktem Maße zum Nachteil der Entlassenen auswirken und ihre Wiedereingliederung gefährden.

Zu § 19 — Freizeitgestaltung

Die Vorschrift ist dem § 67 StVollzG nachgebildet. Sie trägt jedoch dem Umstand, daß es sich bei den Untergebrachten vornehmlich um geistig oder seelisch Behinderte handelt, besonders Rechnung, indem sie den sozialtherapeutischen Ansatz herausstellt durch den Auftrag, dem Untergebrachten „Anregungen" zu geben, seine Freizeit zu gestalten.

Zu § 20 — Offener Vollzug

Durch die Einweisung oder Verlegung eines Untergebrachten in eine Einrichtung oder Abteilung des offenen Vollzugs kann der Forderung des § 11 Abs. 1 Satz 2, den Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich anzugleichen, in besonderem Maße entsprochen werden. Ausschlaggebend für eine solche Maßnahme werden der Zustand des Untergebrachten, die Erfordernisse seiner Behandlung, der voraussichtliche Krankheitsverlauf und Sicherheitsgesichtspunkte sein.

Ein planmäßiger Vollzug schließt die Möglichkeit einer Einweisung oder Verlegung in Zwischenstufen — unterhalb der Ebene des offenen Vollzuges — mit ein. Damit wird dem allmählichen Übergang vom geschlossenen zum offenen Vollzug Rechnung getragen. Im offenen Vollzug sollten die Verhaltensweisen geübt und erprobt werden können, die auch für das Leben nach einer Entlassung des Untergebrachten bedeutsam sind.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, daß der Untergebrachte mit einer Einweisung oder Verlegung in den offenen Vollzug ohne weiteres einverstanden ist. Ein entgegenstehender Wille, der z. B. auf Furcht vor der Erprobungssituation in einer offenen Einrichtung zurückzuführen sein kann, soll jedoch nach Absatz 2 der Entwurfsvorschrift in der Regel respektiert werden. Die Einrichtung wird sich dann mit der Motivation des Untergebrachten beschäftigen und auf seinen inneren Widerstand eingehen müssen, der ihn davon abhält, Verantwortung für seine Lebensführung zu übernehmen.

Dies gilt nicht zuletzt für die Fälle der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, denn gerade hier erscheint ein allmählicher Übergang in die Freiheit im Interesse des Rehabilitationserfolges unverzichtbar.

Zu § 21 — Lockerungen des Vollzuges und Urlaub

Einweisung oder Verlegung in den offenen Vollzug Lockerungen des Vollzuges und Urlaub können namentlich dazu dienen, schädlichen Folgen einer längeren Unterbringung entgegenzuwirken, Bindungen an Angehörige zu erhalten und zu festigen und den Untergebrachten zunehmend an ein Leben außerhalb der Einrichtung zu gewöhnen. Sie haben deshalb im Rahmen des Behandlungs- und Eingliederungsplanes einen wichtigen Platz. Ausschlaggebend ist für ihre Gewährung — ebenso wie für die Einweisung oder Verlegung in den offenen Vollzug (§ 20) — daß der Zweck der Maßregel gefördert wird und insbesondere Sicherheitsgesichtspunkte (Absatz 4 Satz 2) nicht entgegenstehen. Wegen der besonderen Bedeutung des Urlaubs für die allmähliche Gewöhnung an die allgemeinen Lebensverhältnisse sieht Absatz 3 die Möglichkeit vor, erheblich häufiger und länger Urlaub zu gewähren, als dies in den §§ 13, 15 und 35 StVollzG bestimmt ist. Gerade hierbei kann erprobt werden, ob in absehbarer Zeit die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt werden kann. Entsprechende Überlegungen waren auch für § 126 Abs. 1 StVollzG maßgeblich, wonach einem Gefangenen in einer sozialtherapeutischen Anstalt zur Vorbereitung der Entlassung Sonderurlaub bis zu 6 Monaten erteilt werden kann. Wegen der Bedeutung eines längeren Urlaubs für eine Entscheidung über die Aussetzung der Vollstreckung ist die Genehmigung der Vollstreckungskammer oder des Vollstreckungsleiters für den Fall vorgesehen, daß Urlaub über einen längeren Zeitraum als 21 Kalendertage in einem Kalenderjahr ausgedehnt werden soll.

Wie die Einweisung oder Verlegung in den offenen Vollzug sollen auch Lockerungen und Urlaub nicht gegen den Willen des Untergebrachten angeordnet werden, da sonst leicht die Gefahr eines Versagens besteht. Dies soll gemäß Absatz 5 entsprechend § 12 StVollzG allerdings nicht für Ausführungen aus besonderen Gründen, etwa zu einer ärztlichen Behandlung gelten.

Zu § 22 — Weisungen, Aufhebung von Lockerung und Urlaub

In Anlehnung an § 14 StVollzG läßt die Entwurfsvorschrift zu, dem Untergebrachten für Lockerungen und Urlaub Weisungen zu erteilen, durch die die Lebensführung des Untergebrachten während dieser Zeit näher geregelt wird. Dies ist erforderlich, damit die eingeleitete Behandlung planmäßig fortgesetzt und ihre Durchführung auch während einer Abwesenheit von der Einrichtung überwacht werden kann. Um dies deutlich zu machen, enthält die Entwurfsvorschrift eine — allerdings nicht vollzählige — Aufzählung von möglichen Weisungen.

Der Entwurf führt — ebenfalls in Anlehnung an § 14 StVollzG — die Gründe für einen Widerruf ausdrücklich auf. Im Vordergrund steht dabei das Verhalten des Untergebrachten selbst. Jedoch können auch Umstände ausschlaggebend sein, die dem Untergebrachten nicht anzulasten sind.

Zu § 23 — Gewährung von Zuwendungen bei Eingiederungsmaßnahmen

Der Entwurf hält es für erforderlich, daß die im Maßregelvollzug Untergebrachten, die an Unterricht oder heilpädagogischer Förderung teilnehmen oder Leistungen nach § 17 erbringen, hierfür bestimmte Zuwendungen erhalten. Hierbei bietet sich eine Regelung in Anlehnung an die Vorschriften des BSHG und an die Eingliederungsmaßnahmen nach dem Arbeitsförderungsgesetz an. Die Ausgestaltung dieser Regelung bleibt dem Verordnungsgeber überlassen.

Die Vorschrift des Absatzes 2 soll verhindern, daß die im Maßregelvollzug Untergebrachten bei vergleichbarer Arbeitsleistung hinsichtlich der Höhe der Zuwendung schlechter gestellt werden als Strafgefangene.

Zu § 24 — Taschengeld

Die Vorschrift ist dem § 46 StVollzG nachgebildet, berücksichtigt aber, daß bei stationären Hilfen psychisch Kranke und seelisch oder geistig Behinderte nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes gem. § 21 Abs. 3 BSHG auch dann ein Taschengeld erhalten, wenn sie z. B. Zuwendungen im Zusammenhang mit Eingliederungsmaßnahmen erhalten. Sie führt somit für die im Maßregelvollzug Untergebrachten die erforderliche Gleichstellung herbei.

Die Höhe der Taschengeldzahlungen nach dem BSHG wird von den einzelnen Ländern festgesetzt.

Zu § 25 — Verfügung über Haus-, Taschen- und Eigengeld

Der Entwurf verwendet den Begriff des Haushgeldes im Sinne des § 47 StVollzG und ist im übrigen dem § 52 StVollzG nachgebildet.

Durch Absatz 4 wird die Möglichkeit eröffnet, unabhängig von einer Novellierung des Strafvollzugsgesetzes den Mindestbetrag des Hausgeldes entsprechend der Einkommensentwicklung abzuändern.

Zu § 26 — Überbrückungsgeld

Die Vorschrift ist dem § 51 StVollzG nachgebildet. Durch Verweisung auf § 88 Abs. (4) BSHG soll sie zugleich die materielle Ausgangsposition für eine Rückeingliederung in die Gesellschaft vermitteln, in die psychisch Kranke und seelisch oder geistig Behinderte im Rahmen der Sozialhilfe durch das „geschützte Vermögen" versetzt werden.

Zu § 27 — Unterhaltsbeitrag

Die Vorschrift entspricht dem § 49 StVollzG.

Zu § 28 — Beitrag zu den Unterbringungskosten

Die Vorschrift stellt in Abweichung von § 50 StVollzG den Untergebrachten aber von dieser Vorschrift hinsichtlich der Begrenzung seines Beitrages zu den Unterbringungskosten mit den psychisch Kranken und seelisch oder geistig Behinderten gleich, die als Sozialhilfeempfänger in einer Einrichtung untergebracht sind und einen Kostenbeitrag im Rahmen der Vorschriften der §§ 79 ff BSHG zu leisten haben. Der Betrag zu den Unterbringungskosten darf auch nicht höher sein als der für den Einzelfall der Einrichtung für den Maßregelvollzug gewährte Pflegesatz ausmacht.

Zu § 29 — Soziale Hilfe

Die Vorschrift geht auf die §§ 71, 72 und 73 StVollzG zurück, deren Regelungsgehalt jedoch nur zum Teil übernommen werden konnte, betont aber zusätzlich die besondere Bedeutung, die familiäre Beziehungen für die Untergebrachten haben können.

Zu § 30 — Entlassungsvorbereitungen

Die Vorschrift ist insbesondere den §§ 74 und 75 (1) StVollzG nachgebildet, zieht aber ausdrücklich den Bewährungshelfer in die Entlassungsvorbereitungen mit ein.

Zu § 31 — Persönlicher Besitz

Die Entwurfsvorschrift enthält die grundlegenden Regeln über den unmittelbaren Besitz der Untergebrachten und konkretisiert für diesen Bereich die in § 11 Abs. 1 niedergelegten Grundsätze. Mit Rücksicht auf das Zusammenleben der Untergebrachten, ihre Behandlung und die Belange der Sicherheit und Ordnung der Einrichtung gibt die Entwurfsvorschrift die Möglichkeit, den unmittelbaren Besitz der Untergebrachten an eigenen Sachen, insbesondere zur Ausstattung ihres Wohnraumes, einzuschränken. Sie ist so gefaßt, daß besondere Bestimmungen entsprechend §§ 69 und 70 StVollzG entbehrlich werden. Dagegen bedarf es einer ausdrücklichen Regelung für den Besitz von Tonträgern, durch deren uneingeschränkte Benutzung sonst die Vorschriften der §§ 40 f. unterlaufen werden könnten.

Zu § 32 — Aufbewahrung eingebrachter Sachen

Der Entwurf geht auf § 83 StVollzG zurück, übernimmt jedoch nicht dessen Absatz 1 und die Regeln über das Eigengeld, für das die besonderen Vorschriften in § 25 gelten. Schon aus § 31 folgt, daß der unmittelbare Besitz der Untergebrachten eingeschränkt werden kann. Die Behördenpflicht, Sachen für die Untergebrachten aufzubewahren, entspricht

der Einschränkung des Besitzrechtes der Untergebrachten und ist Ausdruck des allgemeinen Fürsorgegedankens. Notwendige Einschränkungen dieser Pflicht enthalten die Absätze 2 und 3.

Zu § 33 — Kleidung

Wegen des Krankenhauscharakters der Einrichtungen und da der Vollzug gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich angeglichen werden soll, geht der Entwurf anders als § 20 StVollzG davon aus, daß die Untergebrachten eigene Kleidung tragen, sofern es die Behandlung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung nicht erfordert, von diesem Grundsatz abzugehen.

Zu § 34 — Erwerb von Sachen

Die Entwurfsvorschrift steht in engem Zusammenhang mit § 25 (Verfügung über Haus- und Taschengeld und über eigene Mittel). Anders als § 22 StVollzG geht der Entwurf wegen der Bedeutung der Einkaufsmöglichkeit für die Wiedereingliederung der Untergebrachten nicht grundsätzlich davon aus, daß der Erwerb von Sachen, insbesondere von Nahrungs- und Genußmitteln sowie Mitteln zur Körperpflege, nur durch Vermittlung der Einrichtung möglich sein soll. Die Entscheidung, ob dies erforderlich ist, wird von dem Charakter der jeweiligen Einrichtung abhängen. Soweit es die Behandlung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung erfordern, soll der freie Erwerb bestimmter Sachen eingeschränkt oder der Untergebrachte auf den Einkauf durch Vermittlung der Einrichtung verwiesen werden können. Dies kann auch durch eine allgemeine Anordnung, z. B. durch die Hausordnung, geschehen. Weitere Einschränkungen sind nach Absatz 2 für den Erwerb oder den Besitz einzelner Nahrungs- oder Genußmittel im Interesse der Gesundheit eines Untergebrachten möglich. Weitere gesetzliche Einschränkungen, z. B. durch das Gesetz zum Schutze der Jugend in der Öffentlichkeit in der Fassung vom 27. Juli 1957 (BGBl. I S. 1058) und das Gesetz über die Verbreitung jugendgefährdender Schriften in der Fassung vom 29. April 1961 (BGBl. I S. 497), bleiben unberührt.

Zu § 35 — Recht auf Besuch

Besuche eröffnen den Untergebrachten, für die der Vollzug nicht oder noch nicht gelockert werden kann, oft die einzige Möglichkeit zu unmittelbaren Kontakten mit anderen Personen ihres früheren oder künftigen Lebensbereichs. Sie haben deshalb auch für die Behandlung erhebliche Bedeutung. Andererseits beachtet der auf § 24 StVollzG zurückgehende Entwurf, daß je nach den notwendigen Sicherheitsvorkehrungen Besuche mit einem erheblichen Aufwand für die Einrichtung verbunden sein können; aus diesem Grunde mußten Beschränkungsmöglichkeiten vorgesehen werden.

Der Entwurf unterscheidet zwischen dem Recht, wöchentlich wenigstens eine Stunde Besuch zu empfangen, und der Vorschrift in Absatz 2, wonach weiterer Besuch in bestimmten Fällen wenigstens zugelassen werden soll. Ein unbeschränkter Rechtsanspruch würde die Einrichtung vor unlösbare Schwierigkeiten stellen.

Absatz 3 entspricht einem Bedürfnis der Praxis, in besonderen Fällen sicherstellen zu können, daß keine Gegenstände in die Einrichtung eingeschmuggelt werden, die die Sicherheit beeinträchtigen könnten.

Die Aufsichtsbehörde wird durch geeignete Maßnahmen zu gewährleisten haben, daß die in den Hausordnungen nach Absatz 4 zu erlassenden Regelungen möglichst einheitlich getroffen werden.

Zu § 36 — Besuchsverbot

Die Entwurfsvorschrift gibt der Einrichtung die Möglichkeit, in bestimmten Fällen im Interesse des Untergebrachten oder der Einrichtung Besuche zu untersagen oder einzuschränken. Im Gegensatz zu § 25 StVollzG ist eine Ausnahmeregelung zugunsten der Angehörigen eines Untergebrachten nicht vorgesehen, da nach den bisherigen Erfahrungen auch von ihnen schädliche Einflüsse ausgehen können, denen durch eine Überwachung des Besuchs nicht in jedem Fall entgegengewirkt werden kann.

Zu § 37 — Besuche des gesetzlichen Vertreters, von Verteidigern, Rechtsanwälten und Notaren

Für den in der Entwurfsvorschrift genannten Personenkreis ist eine von § 36 abweichende Regelung zu treffen, damit gewährleistet ist, daß die Angelegenheiten des Untergebrachten jederzeit sachgemäß erledigt werden können. Der Entwurf übernimmt damit die Regelung des § 26 StVollzG, erstreckt sie jedoch auch auf den gesetzlichen Vertreter. Die ausnahmsweise notwendig werdenden Sicherheitsvorkehrungen ermöglichen Satz 2 und 4.

Zu § 38 — Überwachung der Besuche

Die Entwurfsvorschrift geht auf § 27 StVollzG zurück und weicht davon lediglich aus redaktionellen Gründen leicht ab.

Eine Überwachung der Besuche kann sowohl im Interesse der Behandlung als auch aus Gründen der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung geboten sein. Durch die Fassung des Absatz 1 kommt u. a. zum Ausdruck, daß jeweils abzuwägen ist, wie weit die Überwachung durchzuführen ist, ob es insbesondere ausreicht, den Besuch lediglich zu beobachten, oder ob es darüber hinaus erforderlich ist, die Gespräche zwischen dem Untergebrachten und seinen Besuchern mitzuhören.

Die Befugnis, Besuche auch aus Gründen der Behandlung überwachen zu dürfen, entspricht der bisher geübten Praxis. Sie soll die für die Behandlung notwendigen Informationen über den Untergebrachten und seine Verhältnisse erweitern und auch gewährleisten, daß rechtzeitig die notwendi-

gen Maßnahmen bei der Nachricht z. B. über Todesfälle nahestehender Personen oder bei den sog. verstimmenden Nachrichten getroffen werden können.

Die Einrichtung muß ferner in der Lage sein, durch Besuchsüberwachung Gefahren für Leben, Gesundheit und Sachwerte sowie für den sicheren Gewahrsam der Untergebrachten abzuwenden. Gleiches gilt, wenn das geordnete Zusammenleben in der Anstalt durch unüberwachte Besuche gefährdet würde. Eine solche Gefährdung kann z. B. eintreten, wenn beim Besuch Alkohol, Medikamente oder Rauschgifte in die Einrichtung eingeschmuggelt werden.

Daß ein Besuch abgebrochen werden darf, wenn gegen die Vorschriften verstoßen wird, ist in Absatz 2 der Klarheit wegen ausdrücklich geregelt.

Absatz 4 Satz 1 ergänzt die §§ 31 und 34.

Absatz 3 und Absatz 4 Satz 2 berücksichtigt die besondere Stellung der Verteidiger, Rechtsanwälte, Notare und gesetzlichen Vertreter mit den besonderen Einschränkungen aus § 40 Absatz 2.

Zu § 39 — Recht auf Schriftwechsel

Die auf § 28 StVollzG zurückgehende Entwurfsvorschrift entspricht der schon bisher geübten Praxis; für Absatz 2 gelten die für § 36 ausgeführten Gründe.

Zu § 40 — Überwachung des Schriftwechsels

Die Überwachung des Schriftwechsels stellt ähnlich wie die Überwachung des Besuchs regelmäßig einen erheblichen Eingriff in die persönliche Sphäre des Untergebrachten und der mit ihm korrespondierenden Personen dar und ist für die Einrichtung eine aufwendige Aufgabe. Zugleich birgt sie die Gefahr in sich, daß ein Betroffener sich gehindert fühlt, seine Angelegenheiten wahrzunehmen.

Die Absätze 1 und 3 stellen deshalb — wie § 29 StVollzG — heraus, in welchen Fällen eine Überwachung unzulässig ist.

Absatz 2 lehnt sich an die Fassung des Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuchs, der Strafprozeßordnung, des Gerichtsverfassungsgesetzes, der Bundesrechtsanwaltsordnung und des Strafvollzugsgesetzes vom 18. August 1976 (BGBl. I S. 2181) an.

Zu Absatz 4 gelten die Ausführungen wie zu § 38 Absatz 1.

Zu § 41 — Weiterleitung von Schreiben, Aufbewahrung

Die Entwurfsvorschrift geht auf § 30 StVollzG zurück und weicht davon lediglich aus redaktionellen Gründen ab.

Um die Überwachung des Schriftwechsels zu ermöglichen, vermittelt die Einrichtung Absendung und Empfang der Schreiben. Hierdurch darf die Weiterleitung jedoch nicht länger als unbedingt notwendig verzögert werden (Absatz 2 der Entwurfsvorschrift).

Die unverschlossene Aufbewahrung der Schreiben soll notwendige Kontrollen bei Durchsuchungen ermöglichen; etwas anderes gilt, wenn der Untergebrachte Schreiben verschlossen zu seiner Habe geben will.

Der Einrichtung ist es unbenommen, Ausnahmen von den Verpflichtungen der Untergebrachten nach den Absätzen 1 und 3 zuzulassen, wenn ein Bedürfnis für Überwachungsmaßnahmen nicht besteht.

Zu § 42 — Anhalten von Schreiben

Die Entwurfsvorschrift ermächtigt die Einrichtung, Schreiben in bestimmten Fällen anzuhalten, wenn dies im besonderen Interesse des Untergebrachten oder Dritten geboten ist. Hieraus erwächst nicht ohne weiteres auch eine Verpflichtung zum Anhalten. Die Einrichtung wird in jedem Einzelfall die Bedeutung der Grundrechte aus Artikel 5 Abs. 1 gegenüber den von ihr wahrzunehmenden Aufgaben abzuwägen haben. Häufig werden sich die von der Einrichtung zu berücksichtigenden Interessen auch auf andere Weise ohne Einschränkung des Grundrechts auf Freiheit der Meinungsäußerung wahren lassen.

Absatz 1 der Entwurfsvorschrift entspricht im wesentlichen den Bestimmungen in § 31 Abs. 1 StVollzG. Eine darüber hinaugehende Vorschrift enthält Absatz 2 mit dessen Anwendung Nachteile verhindert werden sollen, die ein nicht voll verantwortlicher Untergebrachter sich und anderen bei einer Weitergabe seiner Schreiben zufügen könnte.

Sofern Schreiben mit unwahren Äußerungen nicht schon nach Absatz 1 Nr. 3 anzuhalten sind, kann ihnen nach Absatz 3 ein richtigstellendes Begleitschreiben beigefügt werden. Der Untergebrachte soll hierdurch jedoch nicht überrascht werden. Aus diesem Grunde darf ein Schreiben erst beigefügt werden, wenn der Untergebrachte trotz Erörterung auf einer Absendung besteht.

Absatz 4 führt den allgemein geltenden Grundsatz durch, daß belastende Verwaltungsakte den Betroffenen mitgeteilt werden müssen.

Das Anhalten eines Schreibens läßt die Eigentumsverhältnisse unberührt;

Absatz 4 Satz 2 gibt der Einrichtung jedoch die Befugnis, angehaltene Schreiben behördlich zu verwahren.

Der Klarheit halber nimmt Absatz 5 ausdrücklich Schreiben, die nach § 40 Abs. 1 bis 3 der Überwachung nicht unterliegen, auch vom Anhalten aus. Es besteht ferner ein Bedürfnis, für die Klarstellung, daß auch Schreiben an Aufsichtsbehörden oder an Gerichte oder Staatsanwaltschaften nicht angehalten werden dürfen.

Zu § 43 — Ferngespräche und Telegramme

Während der Entwurf den Untergebrachten das Recht auf Besuche und Schriftwechsel gewährlei-

stet und lediglich bestimmte Beschränkungsmöglichkeiten vorsieht, ist eine ähnliche Regelung für Ferngespräche und Telegramme nicht möglich. Für die mit der Benutzung dieser Kommunikationsmittel verbundenen personellen und organisatorischen Probleme lassen sich z. Z. allgemeine gesetzliche Lösungen nicht anbieten. Es muß daher den Einrichtungen überlassen bleiben, die Benutzung dieser Kommunikationsmittel im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen zu regeln und den Untergebrachten nicht mehr Einschränkungen aufzuerlegen, als notwendig sind. Die Entwurfsvorschrift stimmt deshalb mit § 32 StVollzG überein.

Zu § 44 — Pakete

Der Empfang von Paketen kann für die Beziehung des Untergebrachten zu Außenstehenden, insbesondere zu Angehörigen, von erheblicher Bedeutung sein. Die Entwurfsvorschrift sieht deshalb nicht die Beschränkungen vor, die in § 33 StVollzG für den Strafvollzug getroffen worden sind und nimmt damit bewußt die Belastungen in Kauf, die u. a. durch notwendige Kontrollen eingehender Pakete entstehen können.

Absatz 1 der Entwurfsvorschrift enthält lediglich die unumgänglichen Einschränkungsmöglichkeiten im Interesse der Behandlung des Untergebrachten oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung.

Ebenfalls abweichend von § 33 Abs. 2 StVollzG eröffnet Absatz 2 der Entwurfsvorschrift nur die Befugnis, Pakete zu öffnen. Vom Empfang der Pakete sind nach Absatz 2 Satz 2 dieselben Gegenstände ausgeschlossen, die nach § 34 auch nicht erworben werden dürfen.

Absatz 3 der Entwurfsvorschrift enthält die für die Versendung von Paketen unumgänglichen Kontrollmöglichkeiten und Einschränkungen.

Zu § 45 — Zeitungen und Zeitschriften

Die Entwurfsvorschrift regelt in Übereinstimmung mit § 68 StVollzG nach Artikel 5 des GG gewährleisteten Grundrechts, sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten, soweit es den Bezug von Zeitungen und Zeitschriften betrifft. Die Begrenzung des Bezuges auf einen angemessenen Umfang ist im Interesse der Ordnung der Einrichtung erforderlich; der Bezug durch Vermittlung der Einrichtung soll es ermöglichen, daß notwendige Kontrollen durchgeführt werden können und Zeitungen und Zeitschriften nicht von Dritten zur Übermittlung von Nachrichten an die Untergebrachten mißbraucht werden. Mit Rücksicht auf die Bedeutung des Grundrechts wird die Einrichtung jedoch nur die unerläßlichen Einschränkungen vornehmen dürfen. Die Auswahl unter den Zeitungen und Zeitschriften steht dem Untergebrachten frei, soweit deren Verbreitung nicht mit Strafe oder Geldbuße bedroht ist. Das Grundrecht der Informationsfreiheit läßt eine generelle Auswahl der Publikationen unter Gesichtspunkten der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung nicht zu. Dagegen können nach Prüfung im Einzelfall einzelne Ausgaben oder Teile hiervon aus diesen Gesichtspunkten zurückgehalten werden. Weitere gesetzliche Einschränkungen, wie sie schon in der Begründung zu § 34 erwähnt sind, bleiben unberührt.

Zu § 46 — Verwertung von Kenntnissen

Die Entwurfsvorschrift stellt klar, daß von Kenntnissen, die bei Überwachungsmaßnahmen erlangt sind, nur in begrenztem Umfange Gebrauch gemacht werden darf. Im Behandlungsinteresse ist davon abgesehen worden, eine Pflicht zur Anhörung des Untergebrachten im Fall der Nummer 2 der Entwurfsvorschrift vorzusehen. Auch eine dem § 34 Abs. 2 StVollzG entsprechende Vorschrift ist nicht aufgenommen worden, da es insbesondere aus Gründen der Behandlung des Untergebrachten erforderlich sein kann, die erlangten Kenntnisse auch anderen — z. B. privaten — Behandlungseinrichtungen mitzuteilen.

Zu § 47 — Gesundheitspflege

Der Freiheitsentzug schränkt die Möglichkeiten des Untergebrachten ein, selbst Maßnahmen für seine Gesundheit zu ergreifen. Diese besondere Situation, die vielfach durch seelisch geistige Beeinträchtigungen des Untergebrachten verschärft ist, erfordert daher die Gewährung von Gesundheitsfürsorge in Form von Sachleistungen über die Einrichtungen. Soweit Heilmaßnahmen nicht schon nach § 14 Gegenstand des Maßregelvollzuges sind, soll der Untergebrachte spezifische Leistungen wie ein Pflichtversicherter der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Die sonstigen Maßnahmen umfassen u. a. auch die Mutterschaftshilfe.

Hierbei sind in erster Linie die anstaltseigenen personellen und sächlichen Mittel einzusetzen. Soweit diese Mittel nicht ausreichen, sind die Krankeneinrichtungen des Strafvollzuges und ggf. Krankenhäuser in Anspruch zu nehmen. Der Betroffene ist auch während seines Aufenthaltes in einer solchen Einrichtung „untergebracht", d. h. die Normen dieses Gesetzes gelten auch für diesen Zeitraum und für diesen Ort.

Die vorstehenden Grundsätze gelten in der Regel auch während der Zeit von Beurlaubungen, es sei denn, es ist nach § 22 Abs. 1 Nr. 1 etwas anderes angeordnet.

In diesem Falle erklärt sich das Land gegenüber dem behandelnden Arzt oder der in Anspruch genommenen Einrichtung zur Kostenübernahme bereit, es sei denn, ein anderer Leistungsträger ist hierzu verpflichtet.

Zu § 48 — Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

Keiner Einwilligung des Untergebrachten bedürfen gemäß § 14 (mit den dort genannten Einschränkun-

gen) in erster Linie solche medizinischen Maßnahmen, die sich aus dem Unterbringungszweck selbst ergeben.

Die Entwurfsvorschrift soll — unter Berücksichtigung des Artikel 2 GG — abschließend regeln, in welchen Fällen darüber hinaus medizinische Untersuchungen und Behandlungen sowie Ernährung auch ohne Einwilligung des Untergebrachten zulässig sein sollen. Die Grenzen bestimmen sich nach der Zumutbarkeit sowie nach dem, was im Interesse der Lebenserhaltung des Untergebrachten unerläßlich erscheint und nach den Hygieneanforderungen, die sich aus dem Zusammenleben in der Einrichtung zwangsläufig ergeben und denen gegenüber der Wille des einzelnen Untergebrachten zurücktreten muß. Die Gewähr dafür, daß die Voraussetzungen im einzelnen eingehalten werden, soll die Vorschrift des Absatz 3 schaffen, nach welcher die Maßnahmen nur auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Leitung durchgeführt werden dürfen, es sei denn, der durch Herbeiholung eines Arztes bedingte Zeitaufschub bedeutet Lebensgefahr für den Patienten.

Für die Leitung der Einrichtung bleibt zu bedenken, daß eine Reihe von Untergebrachten nicht über die erforderliche Einsichtsfähigkeit verfügt, um eine selbständige Entscheidung treffen zu können.

Zu § 49 — Seelsorge

In Übereinstimmung mit § 53 StVollzG geht die Entwurfsvorschrift davon aus, daß es der Initiative des Seelsorgers und des Untergebrachten überlassen bleibt, seelsorgerische Betreuung anzubahnen. Die Einrichtung hat ihn dabei allerdings zu unterstützen und darf die religiöse Betreuung nicht unterbinden.

Absatz 2 gibt ein besonderes Recht auf den Besitz grundlegender religiöser Schriften. Diese sind nach der Entwurfsvorschrift nicht nur auf das Bekenntnis beschränkt, dem der Untergebrachte angehört. Mit Rücksicht auf ihre besondere Bedeutung für die Religionsausübung dürfen diese Schriften nur bei grobem Mißbrauch entzogen werden.

Absatz 3 gewährleistet den Besitz anderer religiöser Gegenstände. Bei der Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs des angemessenen Umfangs wird im Einzelfall die Bedeutung des Grundrechts aus Artikel 4 des GG zu berücksichtigen sein.

Zu § 50 — Religiöse Veranstaltungen

Die Entwurfsvorschrift hebt — im wesentlichen übereinstimmend mit § 54 StVollzG — das Recht des Untergebrachten hervor, an religiösen Veranstaltungen seiner Religionsgemeinschaft teilzunehmen. Zur Vermeidung von Mißverständnissen wird hervorgehoben, daß es sich um Veranstaltungen innerhalb der Einrichtung handeln muß. Der Untergebrachte darf mit Rücksicht auf die Bedeutung des Grundrechts nur aus zwingenden Gründen der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung hiervon ausgeschlossen werden. Die vorgeschriebene Anhörung des Seelsorgers soll die Berücksichtigung seelsorglicher Gesichtspunkte gewährleisten.

Die Entwurfsvorschrift schließt nicht aus, daß der Untergebrachte auch zu religiösen Veranstaltungen anderer Religionsgemeinschaften zugelassen wird. Anders als für die Teilnahme an Veranstaltungen der eigenen Religionsgemeinschaft kann hierauf dem Untergebrachten jedoch nur ein Recht eingeräumt werden, wenn dem ein Seelsorger zustimmt.

Zu § 51 — Weltanschauungsgemeinschaften

Nach Artikel 140 GG (Artikel 137 Weimarer Verfassung) sind weltanschauliche Vereinigungen den Religionsgesellschaften gleichgestellt. Durch die Wahl des Begriffes „weltanschauliche Bekenntnisse" wird in Übereinstimmung mit § 55 StVollzG klargestellt, daß Weltanschauungen, wie etwa die des dialektischen Materialismus, nicht einbezogen sind.

Zu § 52 — Grundsatz

Das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung soll in erster Linie nicht auf Zwangsmaßnahmen beruhen, sondern auf der Verantwortung und Einsicht der Untergebrachten.

Maßnahmen, die zur Gewährleistung der Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung getroffen werden, müssen dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprechen, der in der Entwurfsvorschrift entsprechend § 81 Abs. 2 StVollzG mit lediglich redaktionellen Änderungen besonders ausformuliert worden ist.

Zu § 53 — Befolgung von Anordnungen, Hausordnungen

Anordnungen des Leiters der Einrichtung und ihrer Bediensteten, durch die die allgemeinen Vorschriften dieses Gesetzes konkretisiert werden, hat der Untergebrachte zu befolgen. Dies stellt die Entwurfsvorschrift in Anlehnung an § 82 StVollzG noch einmal besonders heraus. Insbesondere soll der Untergebrachte die Befolgung rechtmäßiger Anordnungen nicht verweigern dürfen, wenn er eine andere Anordnung für sachdienlicher oder richtiger hält.

Zu den Anordnungen des Leiters der Einrichtung gehört auch die Hausordnung, die der Aufgabe dient, eine Anzahl wichtiger Vorschriften, die in das Gesetz selbst mit Rücksicht auf die Unterschiede in den jeweiligen Verhältnissen der einzelnen Einrichtungen nicht aufgenommen werden können, auf örtlicher Ebene im Wege der Selbstbindung der Verwaltung zu treffen und sie allen Beteiligten bekanntzumachen. Der Entwurf geht — ebenso wie § 161 StVollzG — davon aus, daß es aus Gründen der Rechtsklarheit notwendig ist, die in Absatz 2 Nr. 1 bis 3 bezeichneten Anordnungen in die Hausordnung aufzunehmen. Es handelt sich dabei u. a. um Konkretisierungen der §§ 17 (Beschäftigungs-

und Arbeitstherapie), 19 (Freizeitgestaltung), 31 (Persönlicher Besitz), 34 (Erwerb von Sachen), 35 (Recht auf Besuch), 38 Abs. 4 Satz 1 (Übergabe von Gegenständen beim Besuch), 44 (Empfang von Paketen). Es bleibt dem Leiter der Einrichtung unbenommen, auch weitere Bestimmungen in der Hausordnung zu treffen. Wegen der Bedeutung der in ihr enthaltenen Regelungen soll sie der Genehmigung der obersten Aufsichtsbehörde bedürfen. Auch insoweit ist die Entwurfsvorschrift nicht als selbständige Eingriffsgrundlage zu verstehen.

Die in der Hausordnung geregelten Einschränkungen müssen vielmehr — ebenso wie die Anordnungen nach Absatz 1 — aus anderen Vorschriften begründet sein.

Zu § 54 — Durchsuchung

Durchsuchungen sind eine wichtige vorbeugende Maßnahme zur Gewährleistung der Sicherheit und der Ordnung in der Einrichtung. Die Entwurfsvorschrift gibt hierfür die gesetzliche Grundlage. Einzelregelungen, wie sie in § 84 StVollzG enthalten sind, werden nicht für erforderlich gehalten.

Zu § 55 — Erkennungsdienstliche Maßnahmen

Die Vorschrift regelt entsprechend § 86 StVollzG die Durchführung bestimmter erkennungsdienstlicher Maßnahmen, die zum Teil Zwangscharakter tragen und als Grundrechtsbeschränkungen einer gesetzlichen Grundlage bedürfen. Die erkennungsdienstlich gewonnenen Unterlagen dienen vornehmlich in Entweichungsfällen als Fahndungsmittel. Sie können aber auch sonst für die Feststellung der Identität eines Untergebrachten bedeutsam sein.

Zu § 56 — Festnahmerecht

Die Entwurfsvorschrift gibt — in Übereinstimmung mit § 87 StVollzG — die Befugnis zur Festnahme eines Untergebrachten, der entwichen ist oder sich ohne Erlaubnis außerhalb der Einrichtung aufhält. Ohne Erlaubnis hält sich auch derjenige außerhalb der Einrichtung auf, der nach Beendigung eines Urlaubs nicht in die Einrichtung zurückgekehrt ist. Eines Vollstreckungshaftbefehls bedarf es in diesen Fällen nicht.

Zu § 57 — Besondere Sicherungsmaßnahmen

Die Entwurfsvorschrift gibt der Einrichtung die Befugnis, zur Wahrung der Sicherheit oder Ordnung besondere einschränkende Maßnahmen zu treffen.

Absatz 1 faßt die in § 88 Abs. 1, 3 und 4 StVollzG enthaltenen Vorschriften zusammen. Die Entwurfsvorschrift sieht wegen der besonderen Bedingungen des Maßregelvollzuges von den Differenzierungen ab, die in den genannten Vorschriften des StVollzG enthalten sind.

Absatz 2 entspricht inhaltlich weitgehend § 88 Abs. 2; aus redaktionellen Gründen ist eine andere Reihenfolge gewählt worden. Die Beobachtung bei Nacht (§ 88 Abs. 2 Nr. 2 StVollzG) ist in den Einrichtungen des Maßregelvollzuges, in denen seit jeher Wachstationen eingerichtet sind, nicht als besondere Sicherungsmaßnahme aufzufassen und deshalb nicht erwähnt.

Absatz 3 entspricht § 90 StVollzG; Absatz 4 entspricht § 88 Abs. 5 StVollzG.

Zu § 58 — Einzelunterbringung, unausgesetzte Absonderung

Wegen der vielfältigen, namentlich medizinischen Anlässe, die im Vollzug der Unterbringung eine längere Absonderung erfordern können, ist — anders als in § 89 StVollzG — davon abgesehen worden, einzelne Gründe gesetzlich zu nennen. Möglichen Mißbräuchen soll dadurch entgegengewirkt werden, daß nach Ablauf eines Zeitraumes, der kürzer als der in § 89 Abs. 2 StVollzG festgesetzte ist, die Genehmigung der Aufsichtsbehörde einzuholen ist.

Zu § 59 — Begriffsbestimmung

Die Entwurfsvorschrift engt — anders als § 95 StVollzG — den Begriff des unmittelbaren Zwanges für den Bereich des Vollzuges der Unterbringung auf die unmittelbare körperliche Einwirkung auf Personen und Sachen (körperliche Gewalt) und die Anwendung von Fesseln und Reizstoffen ein. Die Geltung sonstiger — namentlich polizeirechtlicher — Vorschriften über den unmittelbaren Zwang wird von diesen Vorschriften nicht berührt. Der Entwurf geht davon aus, daß es dem Charakter der Unterbringungseinrichtungen widersprechen würde, wenn ihren Bediensteten weitere Möglichkeiten des unmittelbaren Zwanges eingeräumt würden. Reichen die hier genannten Mittel nicht aus, so ist die Hilfe der Polizei in Anspruch zu nehmen. Dies gilt insbesondere für die Notwendigkeit, Hieb- oder Schußwaffen anzuwenden.

Zu § 60 — Allgemeine Voraussetzungen

Unmittelbarer Zwang gegen Untergebrachte darf erst angewendet werden, wenn das angestrebte Ziel auf andere Weise, insbesondere durch Einwirkung auf den Willen des Untergebrachten, nicht erreicht werden kann. Nur dann ist er erforderlich. Darüber hinaus regelt die Entwurfsvorschrift in Übereinstimmung mit § 94 Abs. 2 StVollzG auch die Möglichkeit zur Anwendung unmittelbaren Zwanges gegen Dritte, die versuchen, Untergebrachte zu befreien, in eine Einrichtung widerrechtlich einzudringen oder die sich unbefugt darin aufhalten. Wie in anderen Bundes- und Landesgesetzen über den unmittelbaren Zwang ist ausdrücklich klargestellt, daß andere Vorschriften, z. B. die über Notwehr oder Nothilfe, unberührt bleiben.

Zu § 61 — Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

Die Entwurfsvorschrift legt — wie § 96 StVollzG — den Bediensteten eine unter Umständen nicht einfa-

che Abwägung auf, ist jedoch unverzichtbar. Bei einer nachträglichen Beurteilung einer Entscheidung wird in Rechnung zu stellen sein, daß Maßnahmen des unmittelbaren Zwangs häufig sehr rasch und nicht immer in Kenntnis sämtlicher Umstände getroffen werden müssen.

Zu § 62 — Androhung

Die Entwurfsvorschrift entspricht § 98 StVollzG. Die Androhung soll gewährleisten, daß unmittelbarer Zwang nur angewendet wird, wenn der Betroffene ein von ihm gefordertes Verhalten trotz des in Aussicht gestellten Zwanges verweigert. Die in Satz 2 geregelte Ausnahme entspricht den Bedürfnissen der Praxis.

Zu § 63 — Einschränkung von Grundrechten

Das Maßregelvollzugsgesetz schränkt Grundrechte ein. Die Entwurfsvorschrift trägt daher dem Zitiergebot des Artikels 19 Abs. 1 Satz 2 GG Rechnung.

Empfehlung zur Personalausstattung von Maßregelvollzugseinrichtungen

Die Arbeitsgruppe hält zur Verwirklichung der in dem Rahmenentwurf eines Gesetzes über den „Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt" (Maßregelvollzugsgesetz) nicht nur eine Vermehrung, sondern vor allem eine qualitative Verbesserung des Personals für dringlich. Dabei müssen die rehabilitativen Aufgaben des Maßregelvollzuges mit den Erfordernissen der Sicherung in Einklang gebracht werden.

Für die einzelnen Berufsgruppen sind folgende Forderungen zu stellen:

1 Ärzte

1.1 Die Gewinnung von Ärzten für die Sonderaufgabe der forensischen Psychiatrie und eine Tätigkeit in Maßregelvollzugseinrichtungen setzt voraus, daß die vielerorts beobachteten diskriminierenden Vorbehalte zu einer solchen Tätigkeit bereits während der klinischen Ausbildung abgebaut bzw. ausgeschlossen werden.

1.2 Für die Maßregelvollzugseinrichtungen ist die Gewinnung von Ärzten für eine längerfristige Tätigkeit anzustreben. Gleichermaßen ist von Bedeutung, auch solche Ärzte zu gewinnen, die innerhalb ihrer Facharztweiterbildung befristet in Maßregelvollzugseinrichtungen tätig sein wollen. Damit soll einer zu starken Isolierung der forensischen Psychiatrie bzw. der Tätigkeit im Maßregelvollzug von den übrigen Aufgabestellungen der Neuropsychiatrie entgegengewirkt werden.

1.3 Die Zusammenarbeit zwischen den Maßregelvollzugseinrichtungen und den medizinischen und juristischen Fachbereichen der Hochschulen muß verbessert werden. Dies schließt die Forderung nach einer Aktivierung der Forschung im forensisch-psychiatrischen Bereich ein. Darauf hat der Ständige Arbeitskreis der für die Psychiatrie zuständigen Referenten des Bundes und der Länder auch in seiner Stellungnahme zur Psychiatrie-Enquete hingewiesen.

1.4 Bei der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie ist der Vermittlung psycho- insbesondere gruppentherapeutischer Kenntnisse in verstärktem Maße Rechnung zu tragen.

1.5 Innerhalb der Fortbildung für die in Maßregelvollzugseinrichtungen tätigen Ärzte ist Wert auf eine Vertiefung der Kenntnisse der wissenschaftlichen Basis in der forensisch-psychiatrischen Tätigkeit zu legen.

2 Diplom-Psychologen

2.1 Eine wesentliche Voraussetzung für die Tätigkeit von Diplom-Psychologen in Maßregelvollzugseinrichtungen ist der Erwerb von Kenntnissen im Bereich der klinischen und forensischen Psychologie. In Parallele zu von anderen akademischen Berufsgruppen geforderten Qualifikationen wird eine entsprechende Ausbildung durch laufbahnmäßige Kriterien gefordert. Weiterhin muß die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit vorausgesetzt werden.

2.2 Die Weiterbildung und die Fortbildung der in Maßregelvollzugseinrichtungen tätigen Diplom-Psychologen muß sich besonders mit der Vertiefung der Kenntnisse in psychotherapeutischen Techniken unter besonderer Berücksichtigung des in Maßregelvollzugseinrichtungen zu versorgenden Personenkreises befassen.

3 Sozialarbeiter

3.1 Die Tätigkeit eines Sozialarbeiters in Maßregelvollzugseinrichtungen setzt die Bereitschaft zum sozial-fürsorgerischen Engagement voraus. Eine Beschränkung auf die Ausübung therapeutischer Techniken steht im Widerspruch zu den Erfordernissen des Maßregelvollzugs.

3.2 Eine Änderung der Einstellungsvoraussetzungen durch Anhebung der Qualifikation nach den Maßstäben von 2.1 wird für erforderlich gehalten.

3.3 Die Fortbildungsveranstaltungen für Sozialarbeiter in Maßregelvollzugseinrichtungen sind überregional, nach Möglichkeit auch länderübergreifend zu planen.

4.

Eine stufenweise Vermehrung der Planstellen für Pädagogen, Beschäftigungs-, Arbeits- und Bewegungstherapeuten usw. mit entsprechenden Qualifikationen ist erforderlich. Die Angehörigen dieser

Berufsgruppen sind ebenfalls durch gezielte Fortbildungsmaßnahmen (mit zum Teil überregionalem Charakter) mit den besonderen Erfordernissen des Maßregelvollzuges vertraut zu machen.

5.

Die Richtzahlen in der Planungsstudie, die als Ergänzung zur Psychiatrie-Enquete erarbeitet wurde, bilden eine Grundlage für die künftige Personalausstattung der Maßregelvollzugseinrichtungen, bedürfen aber einer kritischen Überprüfung im Hinblick auf die unterschiedlichen Organisationsformen in den einzelnen Ländern.

Die Arbeitsgruppe hält die Anwendung folgender Richtzahlen für erforderlich:

je 100 Patienten bzw. Untergebrachter

3 Ärzte, 2 Diplom-Psychologen,
1 Sozial-Pädagoge,
2 Sozialarbeiter,
1 Diplom-Pädagoge,
3 Beschäftigungstherapeuten,
40 pflegerischer Dienst.

(Den Besonderheiten des Maßregelvollzuges für Jugendliche ist auch gesondert Rechnung zu tragen, insbesondere bei den Pädagogen.)

Die Arbeitsgruppe weist darauf hin, daß eine Fortschreibung dieser Richtzahlen notwendig ist. Eine starre Fixierung muß vermieden werden, da sich eine unterschiedliche Relation, z. B. zwischen Ärzten und Diplom-Psychologen innerhalb der geschlossenen Form und der offenen Form einer Maßregelvollzugseinrichtung ergeben kann.

6.

Neben den vorgenannten Personalproblemen hat sich die Arbeitsgruppe mit den Fragen der Auswahlkriterien für im forensisch-psychiatrischen Bereich tätige Gutachter befaßt. Sie hat übereinstimmend festgestellt, daß die hier nachweisbaren Mängel für die Rechtspflege zunehmende Schwierigkeiten entstehen lassen. Generell ist von einem Mangel an qualifizierten Gutachtern für den Forensisch-psychiatrischen Bereich auszugehen. Der Rückgriff auf Ärzte aus dem Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes vermag diese Lücke wegen der fehlenden Spezialisierung nicht zu schließen. Bei den im Bereich der Psychiatrie tätigen Ärzten bzw. Fachärzten wird ein zunehmendes Desinteresse — das teilweise bis zur vollständigen Ablehnung reicht — für eine Tätigkeit in diesem Bereich beobachtet. Eine Einwirkung auf die medizinischen Fachbereiche der Hochschulen, dieser bedenklichen Entwicklung im Rahmen ihrer Möglichkeiten entgegenzuwirken, ist dringend erforderlich. Das Ausmaß des Problems gebietet nach Auffassung der Arbeitsgruppe, eine Lösung in einer engen Zusammenarbeit zwischen den Obersten Gesundheits- und Justizbehörden des Bundes und der Länder sowie den Hochschulen und den in Frage kommenden Berufsverbänden zu finden.

7.

Die Arbeitsgruppe hält es in diesem Zusammenhang für erforderlich, daß bei der Aus- und Fortbildung der mit den Entscheidungen gemäß §§ 63, 64 StGB, 93 a JGG befaßten Juristen stärker als bisher auch psychiatrische und psychologische Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

8.

Die allgemein beobachtete Zunahme der Schwierigkeitsgrades bei der Behandlung der in den Vollzugsanstalten einsitzenden Personen geht einher mit einer Steigerung psychischer Auffälligkeiten. Nicht nur die ärztliche, sondern vor allem auch die fachlich psychiatrische Versorgung stößt auf große Schwierigkeiten, zumal bereits jetzt die Mehrzahl der Planstellen nicht besetzt ist. Eine diagnostische Klärung in den Vollzugsanstalten ist in erheblichem Umfang erschwert und hat zur Folge, daß übermäßig Einweisungen in psychiatrische Krankenhäuser vorgenommen werden müssen. Diese Einweisungen stellen für jene psychiatrischen Krankenhäuser eine große zusätzliche Belastung dar. Die Unterbringung Schwerkrimineller bringt besondere Probleme mit sich. Es ist bekannt, daß gerade dieser Personenkreis bewußt seine Verlegung von der Vollzugsanstalt in ein psychiatrisches Krankenhaus betreibt.

Aus diesem Grunde ist es dringend erforderlich, eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung in den Vollzugsanstalten aufzubauen bzw. zu verbessern.

Empfehlung

Die Arbeitsgruppe hält es für erforderlich, daß die Bundesgesetzgebung für die nach §§ 63, 64 StGB Untergebrachten hinsichtlich des Überbrückungsgeldes im Sinne des Rahmenentwurfs eine an § 51 Abs. 4 und 5 StVollzG angelehnte Regelung trifft, da eine Länderkompetenz insoweit nicht besteht.

Empfehlung

Die Arbeitsgruppe hält es für erforderlich zu prüfen, in welcher Weise dem Behandlungsbedürfnis der nicht nach §§ 63, 64 StGB Verwahrten (vgl. z. B. §§ 81, 126 a StPO) in rechtlich einwandfreier Weise Rechnung getragen werden kann, zumal die neuen Unterbringungsgesetze der Länder überwiegend wegen der in ihnen enthaltenen Konkurrenzklauseln (vgl. § 11 Abs. 3 PsychKG NRW) hier unanwendbar sind und daher keine gesetzliche Grundlage für die Behandlung schaffen. Eine Ergänzung der Vorschriften der StPO in Anlehnung an § 14 des Entwurfs erscheint der Arbeitsgruppe deshalb erwägenswert.

VI. Stellungnahmen von Verbänden

Lfd. Nr.	Name des Verbandes	Psychiatriebericht	Planungsstudie	Seite
1	Aktion Psychisch Kranke — Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e. V. —	1978	1978	243
2	Arbeiterwohlfahrt — Bundesverband e. V. —	1978	—	246
3	Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik und West-Berlin	1976	—	247
4	Berufsverband Deutscher Nervenärzte	1976	—	249
5	Berufsverband Deutscher Psychologen e. V.	1978	—	253
6	Bundesärztekammer	1977	1978	259
7	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.	1978	1978	268
8	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser	—	1977	271
9	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	1978	1978	273
10	Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.	1978	1978	274
11	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	—	1977	278
12	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde	1976	—	279
13	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V.	—	1978	281
14	Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.	—	1978	284
15	Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland e. V.	1978	1978	285
16	Deutsche Krankenhausgesellschaft — Bundesverband der Krankenhausträger in der Bundesrepublik Deutschland —	1978	1978	288
17	Deutscher Berufsverband für Krankenpflege	1977	—	296
18	Deutscher Caritasverband e. V.	1977	—	298
19	Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag	1977	—	299
20	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge	1978	—	303
21	Deutsches Nationalkomitee für Seelische Gesundheit	1978	—	306
22	Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e. V.	1978	—	309
23	Interparlamentarische Arbeitsgemeinschaft — Kommission für Fragen der Gesundheitspolitik —	1978	—	311
24	Kassenärztliche Bundesvereinigung	—	1978	319
25	Marburger Bund — Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e. V. —	1977	1978	321

**Aktion psychisch Kranke — Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e. V.
Kölnstraße 208, 5300 Bonn 1**

A. Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

Juni 1978

Aufgabe der Aktion psychisch Kranke ist es, die Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter unter Berücksichtigung der Empfehlungen des „Berichtes zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" im Bereich von Politik und Verwaltung zu fördern, weiterzuentwickeln und sich für ihre Verwirklichung einzusetzen.

Seit der Übergabe der Psychiatrie-Enquete im November 1975 gilt das Hauptinteresse der Aktion psychisch Kranke einer zügigen Behandlung dieses Berichtes im Deutschen Bundestag.

In zahlreichen Anfragen von Bundes- und Landtagsabgeordneten aller Fraktionen, in Resolutionen von Fachverbänden, der Interparlamentarischen Arbeitsgemeinschaft (IPA) und Teilnehmern von Psychiatriekongressen sowie anderen Veranstaltungen wurde die Bundesregierung seit November 1975 wiederholt und dringend aufgefordert, zum Psychiatrie-Bericht Stellung zu nehmen.

Bis zum jetzigen Zeitpunkt (Juni 1978) liegt jedoch noch keine Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht seitens der Bundesregierung vor. Diese Haltung der Bundesregierung hat dazu geführt, daß sich bei den Betroffenen, deren Angehörigen und Freunden, bei engagierten Verwaltungsexperten und allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen sowie auch in der Fachpresse Resignation ausgebreitet hat. Es ist der Eindruck entstanden, daß die Psychiatrie-Reform — trotz allgemein bekannter Mißstände — weiterhin auf sich warten läßt und innerhalb der Gesundheitspolitik der Bundesregierung keine nennenswerte Bedeutung hat.

Unter dem Aspekt ihrer Aufgabenstellung tritt die Aktion psychisch Kranke durch eine spezifische Informationsarbeit für die Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ein und zwar durch:

- Fortlaufende Unterrichtung von Mandatsträgern und zuständigen Behörden in Bund, Ländern und Gemeinden
- Einwirken auf die Gesetzgebung in den Länderparlamenten und dem Deutschen Bundestag
- Aufklärende und gesundheitserzieherische Aktionen für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland
- Aufzeigen von Wegen und Förderung von Maßnahmen, die geeignet sind, die sozialen und persönlichen Lebensumstände der psychisch Kranken und Behinderten zu erleichtern.

Dieses Konzept wurde durch die vier im Psychiatrie-Bericht veröffentlichten Gutachten zum Thema: „Gesundheitserziehung und Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie" nachdrücklich bestätigt. Die Gutachter vertreten darin übereinstimmend die Meinung, daß die bisherigen Maßnahmen von Öffentlichkeitsarbeit kritisch überprüft und darüber hinaus neue Konzepte der Öffentlichkeitsarbeit gefunden werden müssen, um an einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mitzuwirken.

Dazu bietet sich einerseits eine systematische Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung an, die der Bevölkerung wichtige Informationen über Ursachen, Arten und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen, über Beratungsstellen, Hilfsdienste etc. liefert.

Andererseits ist jedoch neben dieser Gesundheitserziehung eine Informationsarbeit in der Psychiatrie notwendig, die sich durch Methoden, Inhalte und Zielgruppen von der bisherigen unspezifischen Öffentlichkeitsarbeit unterscheidet und die die Aktion psychisch Kranke übernommen hat: Sie soll reformbegleitend und reformunterstützend die Empfehlungen einer zeitgemäßen Versorgung psychisch Kranker bei den Verantwortlichen bekanntmachen und Engagement zur Mithilfe bei dieser Aufgabe wecken. Zielgruppe dieser spezifischen Informationsarbeit der Aktion psychisch Kranke sind diejenigen Personen, die im politischen und administrativen Bereich Psychiatrie-relevante Entscheidungen treffen. Hierzu zählen vorrangig Politiker und Mitarbeiter in den verschiedenen Behörden, die für die Situation der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zuständig sind.

Entsprechend ihrer Aufgabenstellung wird die Aktion auf die — sie betreffenden — Punkte des Psychiatrie-Berichtes eingehen. Zu wichtigen anderen Fragen, wie z. B. der Situation des Personals in der Psychiatrie, ist es Aufgabe der jeweils zuständigen Verbände, sich selbst zu äußern. Die Aktion psychisch Kranke nimmt wie folgt Stellung:

1

Die Aktion psychisch Kranke fordert eine bessere *Koordination und Planung* im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie/Psychosomatik. Sie vertritt nachdrücklich die Ansicht, daß die Psychiatrie stärker als andere medizinische Fächer mit nichtmedizinischen, sozialen, rehabilitativen und Beratungsdiensten verflochten sein muß.

Zur Sicherstellung der Koordination und Kooperation, zur Vermeidung von Doppelbetreuungen und zur Entwicklung des Versorgungssystems sind deshalb auf regionaler und überregionaler Ebene folgende Maßnahmen erforderlich:

1.1

Im speziellen tritt sie für die vermehrte Gründung von *psychosozialen Arbeitsgemeinschaften* ein. In diesen Arbeitsgemeinschaften sollen alle an der Versorgung psychisch Kranker und geistig-seelisch Behinderter beteiligten Stellen zusammenwirken, um die Koordination und Kooperation der jetzt weitgehend planlos nebeneinanderher arbeitenden Dienste sicherzustellen: Kommune, Krankenhausträger, Wohlfahrtsverbände, Krankenhäuser, Arbeitsverwaltung, Kostenträger, Heime; Beratungsdienste für Suchtkranke, für Ehe- und Familienangelegenheiten; schulpsychologische Dienste, Übergangseinrichtungen, Behindertenwerkstätten etc.

In großen Städten und großen Kreisen sind mehrere solcher Arbeitsgemeinschaften notwendig, damit die Gebiete überschaubar bleiben.

In einem zweiten Schritt sollen dann *psychosoziale Ausschüsse* der Stadträte und Kreistage gebildet werden. In diesen Ausschüssen sollen außer den Kommunalpolitikern auch die Vertreter der Träger von Krankenhäusern, Heimen und anderen Diensten für psychisch Kranke mitwirken.

1.2

Um die Koordinations- und Planungsleistungen der Kreise und kreisfreien Städte auf *Länderebene* zusammenfassen zu können, sollten die schon teilweise bestehenden „Psychiatriereferate" bei den jeweils zuständigen Landesministerien zu *„Referaten für psychosoziale Versorgung"* ausgebaut bzw. neu eingerichtet werden.

1.3

Ganz besondere Bedeutung mißt die Aktion psychisch Kranke der *„Institution auf Ebene der elf Bundesländer"* bei, die im Einvernehmen von Bund und Ländern errichtet werden sollte. Ihre Aufgabe wird im wesentlichen in enger Zusammenarbeit mit den Psychiatrie-Referenten der Länder; im Einsammeln, Verarbeiten, Auswerten und Veröffentlichen von Daten und Informationen aus dem Gesamtgebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter im Bundesgebiet sowie in der Fortentwicklung von Erhebungsmethoden und der Gesundheitsstatistik und der Bearbeitung spezieller Aufträge durch die Länderregierungen und die Bundesregierung bestehen. Nur auf diese Weise kann nach Meinung der Aktion psychisch Kranke eine sinnvolle Fortführung der mit dem Psychiatrie-Bericht begonnenen Bestandsaufnahme und Analyse im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik erreicht werden.

2

Im *gesetzgeberischen Bereich* haben Parlament und Bundesregierung durch die Streichung des § 13 des Bundeszentralregistergesetzes, durch die Billigung des Ambulanzrechtes für psychiatrische Krankenhäuser sowie durch die kritische Überprüfung des Referentenentwurfes zum Bundesmeldegesetz bewiesen, daß sie bereit und in der Lage sind, an der Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mitzuarbeiten.

2.1

Die Aktion psychisch Kranke wird ihre Aktivitäten in der nächsten Zeit verstärkt auf die Streichung des *Halbierungserlasses* richten. Denn trotz wiederholter Anfragen im Deutschen Bundestag und häufiger Versicherungen seitens der Bundesregierung, dieses Gesetz zu streichen, besitzt es rechtlich noch immer Gültigkeit.

2.2

Weiterhin wird die Aktion psychisch Kranke für eine Angleichung der *Unterbringungsgesetze* und damit auch für eine gerechtere Handhabung der Einweisungsmodalitäten in den einzelnen Bundesländern eintreten. Diese Gesetze sind oft noch ausschließlich einem polizei- und ordnungsrechtlichem Denken verhaftet und der Gesichtspunkt der Behandlung und der Fürsorge ist nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.

2.3

Die Aktion psychisch Kranke fordert dringend die Lösung der *Finanzierungsfragen für komplementäre Dienste*. Diese stellen ein wichtiges Glied in der Kette der Versorgung dar. Aufgabe solcher komplementärer Dienste sind Wiedereingliederung oder Dauerunterbringung solcher psychisch Kranker, die im Wohn- und Arbeitsbereich ohne besondere Hilfen nicht oder noch nicht selbständig leben können. Sie bieten realitätsnähere Lebensbedingungen als Krankenhäuser, sie tragen zur erwünschten Verkleinerung der großen psychiatrischen Krankenhäuser bei und haben wesentlich niedrigere Tagessätze als Krankenhäuser. Ihre Existenz ist jedoch dadurch gefährdet, daß sie — aufgrund der Eigenart psychischer Erkrankungen — neben medizinischer auch *soziale* Rehabilitation betreiben. Dadurch gelten sie nicht als krankenhausähnliche Einrichtungen im strengen Sinne und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen sind bisher nicht bereit, die anfallenden Kosten zu übernehmen.

Wenn die Reform der Psychiatrie sich auf die Klinifizierung der Anstalten allein beschränkt, ohne gleichzeitig den Aufbau quantitativ und qualitativ ausreichender komplementärer Dienste zu betreiben, dann werden die meisten chronisch psychisch Kranken in ein Vakuum abgeschoben zwischen den

psychiatrischen Krankenhäusern einerseits, die sich auf Akutkranke konzentrieren, und den überforderten kommunalen Sozialdiensten andererseits. Damit würden die psychisch und sozial schwerst Behinderten unter den psychisch Kranken von der Reform der Psychiatrie ausgeschlossen bleiben.

In diesem Zusammenhang hält die Aktion psychisch Kranke legislative Aktivitäten auf dem Heimsektor für unbedingt erforderlich, die die Heime in die Lage versetzen sollen, den Bewohnern eine adäquate Versorgung anzubieten und damit zu einer weiteren Entflechtung der Großkrankenhäuser beizutragen.

3

Immer mehr Bedeutung gewinnt die Diskussion um die Größe der psychiatrischen *Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern:*

Psychiatrische Abteilungen sollen, wo immer dies möglich ist, an allgemeinen Krankenhäusern errichtet werden. Die Errichtung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern kann aber nur dann zweckentsprechend vorangetrieben werden, wenn hierbei die Situation der psychiatrischen Versorgung im Standardversorgungsgebiet berücksichtigt wird. Der Aufbau der Versorgung ist derart vorzunehmen, daß sich die psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus in das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung eines Standardversorgungsgebietes sinnvoll einfügt. Die Bettenkapazität der psychiatrischen Abteilung ist vom Bedarf und der Verteilung therapeutischer, betreuender und rehabilitativer Angebote im Standardversorgungsgebiet abhängig. Als Richtgröße empfiehlt die Sachverständigen-Kommission rd. 200 Betten/Plätze.

4 Öffentlichkeitsarbeit

4.1

Anläßlich von Tagungen und Ausstellungen der Aktion psychisch Kranke wurde von den Teilnehmern immer wieder das Informationsdefizit über psychische Erkrankungen beklagt. Unkenntnis über Möglichkeiten der Vorsorge, Behandlung und Nachsorge und Orientierungsschwierigkeiten bestehen nicht nur bei Angehörigen von psychisch Kranken, sondern auch oft bei den in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen.

Die Aktion psychisch Kranke fordert daher eine *Öffentlichkeitsarbeit — getrennt vom Bereich der körperlich Behinderten — speziell für die Gruppe der psychisch Kranken und Behinderten,* wie sie in den o. g. Gutachten als systematische Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung beschrieben wird und die gleichzeitig einen Beitrag zur Prävention in diesem Bereich leisten kann. Deshalb sollte eine derartige Öffentlichkeitsarbeit Orientierungshilfen geben, um Störungen der psychischen Gesundheit mit zu verhindern, Früherkennung zu erleichtern und auch chronische Auswirkungen zu vermeiden usw. zu mildern. Hierbei kommt der Prävention im Kindes- und Jugendalter besondere Bedeutung zu.

4.2

Die Aktion psychisch Kranke setzt sich — auch aufgrund eigener positiver Erfahrung — für eine *intensivere Zusammenarbeit mit den berichtenden Medien* (Zeitung, Rundfunk, Fernsehen) ein.

Wie z. B. ein — von der Aktion psychisch Kranke zusammengestellter — „Pressespiegel zum Psychiatrie-Bericht" zeigt, haben die Journalisten die gesundheitspolitische Bedeutung dieses Bereiches erkannt und sind bereit, über dieses Thema adäquat zu berichten: In der Tagespresse ist die Veröffentlichung des Psychiatrie-Berichtes angemessen dargestellt und diskutiert worden. In der Fachpresse zeigt sich — nach anfänglichen Kontroversen verschiedener standespolitischer Organisationen — die Tendenz aller Gruppierungen, die Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter gemeinsam voranzutreiben.

4.3

Mit Nachdruck fordert die Aktion psychisch Kranke die Mitglieder im Bundestag und in den Landtagen sowie die Verantwortlichen in den Verwaltungen auf, in ihren Bereichen an der Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter intensiver als bisher mitzuarbeiten und die Aktion psychisch Kranke in ihren Bemühungen um diese Reform zu unterstützen.

B. Stellungnahme zur Planungsstudie

Die Aktion psychisch Kranke schließt sich in der Beurteilung der Planungsstudie zum Psychiatrie-Bericht der Stellungnahme der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission an.

Juni 1978

Arbeiterwohlfahrt — Bundesverband e.V. —
Ollenhauerstr. 3, 5300 Bonn

Arbeiterwohlfahrt zu berufsrechtlichen Fragen der psychosozialen Versorgung

14. September 1978

Die Arbeiterwohlfahrt hat im September 1977 Vorschläge zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung vorgelegt. In dieser Stellungnahme wurden einige Grundsätze vertreten, die in der praktischen Politik zu beachten sind. Aus diesen Grundsätzen ergeben sich Maßstäbe für die Bewertung von Reformschritten in der Psychiatrie. Einen solchen kritisch zu beleuchtenden Schritt bemüht sich die Bundesregierung zu tun, indem sie derzeit ein „Psychotherapeutengesetz" vorbereitet.

Die Tätigkeit psychosozialer Berufe kann nur im Zusammenhang mit der Verbesserung der psychosozialen Versorgung gesehen werden. Daher zieht die hiermit vorgelegte Stellungnahme zu berufsrechtlichen Fragen für einen Teilbereich der Psychiatriepolitik Konsequenzen aus unseren generellen Aussagen, die im folgenden zunächst zum Teil wiederholt und ausdifferenziert werden sollen, um deutliche Konsequenzen für das Berufsrecht ableiten zu können. Wir nehmen damit zugleich auch Stellung zum Referentenentwurf eines „Psychotherapeutengesetzes".

1. Reformziele, die auch das Berufsrecht zu verwirklichen hat.

Über die Ziele von Reformen in der Psychiatrie herrscht weitgehend Einigkeit. Es geht insbesondere darum, daß ein dezentral und bedarfsgerecht gegliedertes System psychiatrischer Versorgung entsteht, an dessen Verwirklichung und Verbesserung die Beteiligten in hohem Maße mitwirken können. Dies setzt sowohl eine enge Kooperation der beteiligten Dienste und Einrichtungen (z. B. stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote, komplementäre und rehabilitative Dienste, Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte) als auch die Etablierung therapeutischer Teams in diesen Institutionen voraus.

Es geht bei den anzustrebenden Reformen in hohem Maße darum, präventive Tätigkeiten zu verstärken. Ebenso muß das Selbst- und Laienhilfepotential angeregt und ausgeschöpft werden. Da die Bedarfsdeterminanten weitgehend offen sind und sich ständig verändern, und da eine Reihe wechselseitiger Abhängigkeiten bestehen, muß ein Höchstmaß an Flexibilität gewährleistet sein, das allein bei einem Bezug auf die Region möglich ist. Um Ungleichheiten bei den verschiedenen Versorgungsgebieten zu vermeiden, müssen freilich allgemeine politische Vorgaben gemacht werden. Es kann dabei nicht darum gehen, Bedarfsgrößen ein für alle Mal oder auch nur für längere Zeit festzulegen. Vielmehr müssen Verfahren entwickelt werden, die eine ständige Anpassung der Versorgungsstrukturen an veränderte Bedarfslagen unter Bezug auf allgemeine politische Vorgaben erlauben. Nur so kann der notwendige Aus- und Umbau des Versorgungssystems auf der Grundlage bestehender Angebote erfolgen, wozu die ständige Kooperation unter Einbeziehung der Betroffenen nötig ist.

Das Berufsrecht kann im Hinblick auf diese Ziele beachtliche Steuerungswirkungen haben. Es darf daher keine bestehenden Strukturen zementieren oder unbewegliche und ungeeignete neue schaffen. So dürfen z. B. keine individuellen Rechte geschaffen werden, die dem Gedanken des therapeutischen berufsübergreifenden Teams widersprechen. Aus dem gleichen Grunde darf auch die Niederlassungsfreiheit nicht ausgeweitet werden, die im übrigen auch den Prinzipien einer bedarfsgerechten und flexiblen Versorgung widersprechen würde. Vielmehr müssen Wege gefunden werden, daß sich diese Tätigkeit in enger Kooperation mit psychiatrisch tätigen Institutionen vollzieht.

2. Organisation und Finanzierung psychosozialer Versorgung

Die bestehenden Strukturen der Organisation und Finanzierung gesundheitlicher Angebote wird den geänderten Anforderungen nicht in ausreichendem Maße gerecht:

- Die Individualisierung sowohl der Patienten wie des Personals wird unterstützt;
- es ist ein allzu enger medizinischer Bezug vorhanden;
- die Berücksichtigung der Förderung von psychosozialer Gesundheit ist gering; damit sind insbesondere personen- wie systemorientierte Prävention und die mangelnde Unterstützung der Eigenverantwortung gemeint;
- es bestehen beachtliche Zuständigkeitsprobleme bei den Kostenträgern;
- viele neuartige Angebote, die wichtig und allgemein anerkannt sind, lassen sich nur schwer in bestehende Regelungen unterbringen.

Es gilt daher, Planung, Tätigkeit und Kontrolle der Angebote sowie deren Finanzierung neu zu ordnen. Da sich diese Probleme nicht nur in der Psychiatrie stellen, können Lösungen prinzipiell auch auf andere Bereiche übertragen werden.

Wir machen folgende Vorschläge für Grundprinzipien einer Neuregelung:

- Es soll eine regional bezogene Selbstverwaltung der medizinischen Versorgung als Körperschaft

des öffentlichen Rechts errichtet werden, der Vertreter der Versicherten, der im Gesundheitswesen Tätigen sowie der zuständigen Parlamente angehören. Aufgabe der Selbstverwaltung ist es, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben die Planung und die Überwachung des Vollzugs der psychiatrischen Versorgung durchzuführen.

— Die Betroffenen sind an der Arbeit der Selbstverwaltung weitestgehend zu beteiligen.

— Wegen der vielfältigen Tätigkeiten psychosozialer Institutionen sind die Betriebskosten aus einem Etat zu bestreiten, in den Mittel verschiedener Kostenträger fließen. Zu diesem Zweck haben die Kostenträger ein Gesamtbudget für die psychosoziale Versorgung einer Region zu erstellen, das nicht nur eine Summe der Einzelbudgets ist. Vielmehr sind diese und ist auch der Gesamthaushalt in enger Koordination miteinander aufzustellen. Der enge Zusammenhang zwischen Bedarfsermittlung einerseits und der Budgetplanung andererseits muß organisatorisch hergestellt werden. Das Gesamtbudget stellt einen wesentlichen Bezugspunkt für die Organisation der psychosozialen Versorgung dar.

— Die regionale Selbstverwaltung entscheidet über die Detailzuweisung der Investitionsmittel, die aus den Haushalten der öffentlichen Hand (Bund, Länder, Gemeinden) stammen.

3. Konsequenzen für das Berufsrecht

Berufsrechtliche Regelungen haben die Eigenart, mit Berufsbezeichnungen verbundene Rechte an einzelne Personen mit entsprechenden Qualifikationen zu binden. Zwischen der von uns geforderten Stärkung der Arbeit von Institutionen, in denen viele Berufsgruppen arbeitsteilig und kooperativ tätig sind und dieser individuellen Orientierung besteht daher ein Konflikt.

Von der Sache her ist prinzipiell kein Anlaß gegeben, ein neues Berufsbild zu schaffen, das offenbar „Psychotherapeut" genannt werden soll. Der Versuch, die Tätigkeit psychosozialer Berufe zu legalisieren, ist zwar zu begrüßen, jedoch ist die im Referentenentwurf eines Psychotherapeutengesetzes vorgeschlagene Lösung nicht geeignet, die entstehenden Probleme zu bewältigen.

Wir treten dafür ein, alle psychosozialen Berufe in eine Neuregelung einzubeziehen und damit die bestehenden rechtlichen Schwierigkeiten zu lösen. Diese resultieren ausschließlich aus der Unmöglichkeit, die „Heiltätigkeit" im Rahmen psychosozialer Hilfen abzugrenzen. Jeder Versuch, dies tun zu wollen, wäre widersinnig. Und es wäre höchst willkürlich, einigen wenigen Personen mit Qualifikationen die Ausübung dieser Tätigkeit zu bescheinigen. Zu Willkür und Widersinn würden negative Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung kommen.

Bei der damit verbundenen freien Niederlassung wären nicht Bedarf, regionale Ausgewogenheit oder sonstige Versorgungsgesichtspunkte ausschlaggebend, sondern in erster Linie die Interessen der Anbieter. Ebenso würden präventive Orientierung und weitgehend auch die Koordination verhindert.

Die zu schaffenden Aus- und Weiterbildungsgänge sollen in öffentlicher Verantwortung liegen. Dabei sind die Möglichkeiten berufsfeldbezogener, also berufsgruppenübergreifender Angebote voll auszuschöpfen.

Es kommt in der Psychiatriepolitik heute darauf an, Versorgungsprobleme wie auch finanzielle und berufsrechtliche Fragen wegen ihres engen sachlichen Zusammenhangs gemeinsam zu lösen. Deshalb lehnen wir eine isolierte Berufsregelung ab.

Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin

Universitätsstraße 84, 8400 Regensburg

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

26. Februar 1976

Die Ansichten im Arbeitskreis der Leiter öffentlicher psychiatrischer Krankenhäuser decken sich in wesentlichen Reformzielen mit den Empfehlungen der *Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.* Die Konferenz leitender Krankenhauspsychiater steht aber grundsätzlich auch hinter den fundierten kritischen Hinweisen im Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (siehe Seite 412 ff., Punkte 1 bis 10). Vorbehaltlos zuzustimmen ist vor allem der Feststellung, daß der Schlußbericht eine viel zu umfangreiche Sammlung ungleichwertiger Vorschläge darstellt. Daraus erwächst die Gefahr, daß die sicher noch für viele Jahre vordringliche Aufgabe der *Verbesserung der schwerst- und/oder chronisch Kranken und Behinderten* vernachlässigt wird. Auch der Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser muß in Erinnerung rufen, daß es gerade das Bemühen um die Verbesserung der Versorgung dieser Kranken und Behinderten war, das den Anstoß für die Berufung einer Sachverständigen-Kommission zur Erstellung einer Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland gegeben hat.

Der forcierte Ausbau kleiner, hinsichtlich der Generalversorgung meist unzureichender und auch unökonomisch arbeitender psychiatrischer Einrichtungen, etwa von kleinen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ohne Verpflich-

tung zur Gesamtversorgung, führt häufig — wie Beispiele in der Bundesrepublik Deutschland aus jüngster Zeit zeigen — zur Verfestigung einer sogenannten *Zweiklassen-Psychiatrie*. In ihr werden Leichtkranke zu Lasten der Schwerstkranken und der Behinderten, die in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern betreut werden müssen, bevorzugt versorgt. Dieser Gefahr ist nur zu entgehen, wenn die *jetzigen psychiatrischen Landeskrankenhäuser zu Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung* für die von der Enquete-Kommission zugrunde gelegten Standardversorgungsgebiete entwickelt werden. Keinesfalls dürfen die Landeskrankenhäuser zu Sammelstätten negativ ausgelesener Patientengruppen im Sinne der Spezialversorgung in übergeordneten Versorgungsgebieten werden.

In der *Prioritätenliste* steht obenan die umgehend zu beginnende volle *Entflechtung* der seelisch Kranken und seelisch Behinderten von den *geistig Behinderten* und die Versorgung der letztgenannten Gruppe von, in den Landeskrankenhäusern meist fehlplazierten, Behinderten in ausreichend großen eigenen Einrichtungen. Diese müssen in der Lage sein, auch schwerst geistig Behinderte aufzunehmen. Diese Aufgabe erscheint überhaupt als die wichtigste unter allen zu lösenden Reformvorschlägen der Psychiatrie-Enquete.

An zweiter Stelle der Dringlichkeit steht die Forderung nach einer vernünftigen Begrenzung der geschlossenen psychiatrischen Abteilungen für *gerontopsychiatrische Patienten* an den Landeskrankenhäusern. Erforderlich sind gemeindenahe, differenziert gegliederte *Altenpflegeheime,* die über geschlossene Bezirke verfügen und personell so ausgestattet sein müssen, daß auch verwirrte und schwerst pflegebedürftige Kranke dort angemessen betreut werden können. Für diese Altenpflegeheime mit internistischer Grundversorgung muß die konsiliarische psychiatrische Mitbetreuung gewährleistet sein.

Die *psychisch kranken Rechtsbrecher,* die nach den §§ 63, 64 StGB unterzubringen sind und hierbei gefängnisartiger Sicherung bedürfen, können nicht länger in den Stationen von Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie versorgt werden. Dieser Personenkreis bedarf dringend der von der Enquete empfohlenen Versorgungseinrichtungen.

Die psychiatrischen Krankenhäuser benötigen für den Kreis seelisch Behinderter, die nicht in komplementären Einrichtungen versorgt werden können, aber besonderen Anspruch auf eine intensive Betreuung haben, sehr gut ausgebildetes Personal und eine anerkannte Werkstatt für Behinderte.

Die psychiatrischen Krankenhäuser müssen in Abstimmung mit den niedergelassenen Nervenärzten an der *ambulanten Versorgung psychisch Kranker* beteiligt werden. Sie verkennen nicht, daß an manchen Häusern zur Zeit noch die personellen Voraussetzungen für die Übernahme ambulanter Leistungen fehlen.

Die *Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern* haben insbesondere folgende Aufgaben zu übernehmen:

1. Nachsorge und weitere Maßnahmen zur Rehabilitation;
2. ambulante Untersuchungen und Behandlungen zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. Verhütung von stationären Aufnahmen;
3. Krisenintervention in Ballungsgebieten (rund um die Uhr) bei akuten Krisen, wie Suizidandrohung, Erregungszuständen etc., um vor Ort im Versorgungsgebiet behandelnd und beratend eingreifen zu können;
4. konsiliarische Behandlung, Beratung und Betreuung bei Einrichtungen, die psychisch Kranke und Behinderte in irgendeiner Form versorgen (z. B. Alters- und Pflegeheime, sonstige Heime etc.).

Die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Krankenhäuser hängt wesentlich von der Gewinnung qualifizierter Mitarbeiter in allen Bereichen und in bedarfsgerechter Zahl ab. Nur durch die Bereitstellung des benötigten Personals gelingt der geforderte rasche Ausbau differenzierter Behandlungsangebote für die verschiedenen Patientengruppen in psychiatrischen Krankenäusern.

Koordination und Kooperation aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligter ist unerläßlich. Mit allem Nachdruck weist der Arbeitskreis der Leiter öffentlicher psychiatrischer Krankenhäuser auf die Notwendigkeit hin, daß das von der Sachverständigen-Kommission mit Recht geforderte *hohe Versorgungsniveau, etwa entsprechend dem dänischen oder dem niederländischen Beispiel, nur um den Preis hoher Investitionen* auf dem *materiellen und personellen Sektor* verwirklicht werden kann. Es muß ausdrücklich davor gewarnt werden, angeblich nichts kostende und trotzdem als effektvoll empfohlene Lösungen, etwa durch die Schaffung von Arbeitskreisen, von Ausschüssen etc., als wirkungsvolle Psychiatriereform vorzugeben. Die bisher vorhandenen und von verschiedenen Trägern vorgeschlagenen Personalschlüssel für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter werden den Notwendigkeiten der dringenden Psychiatriereform in keiner Weise gerecht.

Berufsverband Deutscher Nervenärzte *)
Goldenbach 10, 4800 Bielefeld 1

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

Januar 1976

Ambulante psychiatrische Versorgung — Realitäten und machbare Verbesserungen

Die Enquete stellt den Versuch dar, die Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik mit Psychiatrie zu erfassen und zu projektieren.

Ist und Soll: Von der derzeitigen Versorgung wird in der Enquete ein düsteres Bild aufgezeigt, gleichermaßen im ambulanten und klinischen Sektor, wobei dann als Soll eine psychiatrische Maximal-Versorgung entworfen wird, die deutliche Tendenzen zu einer Instituts-Psychiatrie zeigt. Schon aus den Reihen der Sachverständigen-Kommission selbst *(Hippius und Schmitz-Formes)* wurden durch Sondervoten Einwendungen gemacht und darauf hingewiesen, daß den Forderungen der Enquete erhebliche Zweifel entgegenstehen, vor allem, da eine Priorität von einzelnen Notwendigkeiten fehle und auch nicht der Frage einer ökonomischen Verwirklichung, auch nur in Teilgebieten, nachgegangen worden sei.

Zunächst ist hier nur Platz für grundsätzliche kritische Bemerkungen zum Bericht. — Wichtige Korrekturen anzubringen und durch Vorschläge zu machbaren Verbesserungen zu ergänzen, muß einer späteren Studie vorbehalten bleiben.

Obwohl ohne jeden Zweifel stand, daß der größte Teil der psychisch Kranken in ambulanter Behandlung von niedergelassenen Ärzten und Nervenärzten steht — nämlich etwa 90 v. H. — wurde bei der Zusammensetzung der Sachverständigen-Kommission der Erfahrungssektor der niedergelassenen Nervenärzte unterbesetzt. Von den etwa 150 Sachverständigen der Gesamtenquete waren insgesamt nur vier niedergelassene Nervenärzte, davon zwei überwiegend psychotherapeutisch tätig. Diesen steht das Aussagegewicht von 22 Diplom-Psychologen und Psychotherapeuten gegenüber. Einer Psychologisierung der Psychiatrie auf dem ambulanten Sektor ist so ein Übergewicht gegeben worden, das auch den klinischen Aspekten der Enquete widerspricht.

Letztlich ist dies auch im Ergebnis der Enquete festzustellen: Die ambulante ärztliche Tätigkeit, mit knapp 50 Seiten abgehandelt, unterliegt einem Übergewicht anderer Aspekte auf etwa 1 600 Seiten. Auf diesen etwa 50 der ambulanten Versorgung gewidmeten Seiten ist die kassenärztliche Tätigkeit nur skizziert. Wie später zu belegen ist, werden aber etwa 90 v. H. aller psychisch Kranken ambulant von niedergelassenen Ärzten versorgt, von Nervenärzten und auch von praktischen Ärzten und Ärzten anderer Fachgruppen.

Die Prospektiven in der Enquete für eine optimale — oder gar maximale — psychische Versorgung gehen von einseitigen unvollkommenen, teils ungenauen Daten aus. Zweifel sind angebracht und berechtigt, aus dem vorgelegten Material gezogene Forderungen nach einer Veränderung des bestehenden Versorgungssystems zu erheben (z. B. Drucksache 7/4200, S. 209 bis 211).

Hier kurz zwei Beispiele:

Die Enquete führt auf zwei Seiten widersprechende Zahlen der zur Verfügung stehenden Nervenärzte auf:

Auf S. 83, Drucksache 7/4200, wird von 903, auf S. 10 und S. 207, Drucksache 7/4200, von 1041 Nervenärzten gesprochen; tatsächlich standen jedoch 1237 Nervenkassenärzte im 1. Quartal 1975 zur Verfügung (siehe unten).

Die Fehlerquote beträgt hier über 30 v. H.

Bei der Versorgung der Anfallskranken im ambulanten Bereich, sagt die Enquete (S. 208 und 287), sei der Anteil der an Epilepsie erkrankten Patienten sehr gering.

Nach einer IMS-Information wurde die Diagnosegruppe Epilepsie im Quartal I/1975 mit 212 000 Rezepten versehen. Diese verteilten sich wie folgt auf die einzelnen niedergelassenen Arztgruppen:

Praktiker	64 v. H.
Internisten	8 v. H.
Pädiater	2 v. H.
Neurologen	24 v. H.

Aus diesen Zahlen ist abzuleiten, daß mindestens $^1/_4$ aller Anfallskranken in ständiger Behandlung niedergelassener Nervenärzte steht. Wie hoch der Anteil der Anfallskranken ist, die ihre laufende Rezeptur vom nächstgelegenen Hausarzt oder Internisten erhalten, in halbjährlichen oder jährlichen Abständen, aber Niedergelassenen Nervenärzten zur EEG-Kontrolle und medikamentösen Einstellungskorrektur vorgestellt werden, geht nicht daraus hervor. Feldbeobachtungen zeigen eine zunehmende Tedenz für derartige Kooperation zwischen Praktikern und niedergelassenen Nervenärzten, zumal sich deren Voraussetzungen zur modernen Epilepsiebehandlung mit der Einführung der EEG-Geräte als Standardausrüstung laufend verbessert. Eine Forderung nach breiter Streuung von Epilepsieambulanzen ist ebenso überholt wie überflüssig. Bei der Diagnose Senile: Präsenile Demenz wurden

*) aus: Sonderheft Spectrum 1/1976, S. 24—30

im 1. Quartal 1975 9 000 Rezepte ausgeschrieben. Hier sieht die Verteilung wie folgt aus:

Praktiker	60 v. H.
Internisten	6 v. H.
Neurologen	34 v. H.

Die hier angegebenen Zahlen beinhalten selbstverständlich auch Wiederholungsfälle, d. h. Patienten, die wiederholt in der Praxis ein Rezept erhielten. Behandlungen ohne Rezept bzw. durch Angaben von Mustern sind in den Zahlen nicht enthalten.

Der Anteil der Niedergelassenen Nervenärzten an der gerontopsychiatrischen ambulanten Versorgung scheint demnach ebenso größer als vor der Enquete bisher angenommen (S. 208 und 209).

Allein daraus wird eine weitere Überarbeitung im ambulanten Versorgungsbereich notwendig, die zu ermitteln von der Enquete bis jetzt unterlassen wurde.

Die Grundlage von Ist und damit auch Soll in der Enquete stimmt also vielfach nicht und muß korrigiert werden. Der Berufsverband bereitet eine ausreichend statistisch auswertbare Erhebung über den tatsächlichen Leistungsanfall und -bedarf im ambulanten Versorgungsbereich vor.

Volumen der ambulanten Versorgung

Nach der Ermittlung der kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden im 1. Quartal 1975 von Nervenärzten 677 094 Behandlungsfälle versorgt. Davon entfielen auf die RVO-Kassen 449 174 und auf die Ersatzkassen 227 920. Hinzu kommt ein Anteil von etwa 5 v. H. Privatpatienten, so daß der gesamte nervenärztliche Durchgang mit etwa 700 000 Fällen im Quartal angesetzt werden darf.

Diese Versorgungsleistung wurde von den Niedergelassenen Nervenärzten mit über 95 v. H. erbracht. Für Polikliniken, Krankenhausambulanzen, Außenfürsorgen und institutionalisierte Dienste bleibt ein Anteil von etwa 5 v. H.

Es liegt in den verwaltungstechnischen Modalitäten des kassenärztlichen Abrechnungssystems, daß sich die Quartalszahlen nicht ohne weiteres auf ein Jahr hochrechnen lassen. Bei der Interpretation dieser Zahlen sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

a) In der Zahl (700 000 — Quartal) sind sowohl die psychiatrischen als auch die neurologischen Fälle enthalten, die in den Praxen der Niedergelassenen Nervenärzte versorgt werden. Eine Reihe von Feldstudien haben ergeben, daß der Anteil der neurologischen Fälle zwischen 30 bis 40 v. H. des Gesamtdurchganges liegt. *)

   Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte bereitet eine genaue Strukturstudie vor, die abklären soll, wie oft überdeckende körperliche Symptome, die erst neurologisch abgeklärt werden müssen, den Patienten zum Nervenarzt geführt haben, um dann als psychische Störungen weiterbehandelt zu werden.

b) Bei einem weiten Teil der 677 094 Kassenbehandlungsfällen ist unklar, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die einen Nervenarzt erstmals aufsuchten oder ihm zugewiesen wurden und wie hoch der Anteil der Patienten ist, die als Stammpatienten über eine Reihe von Quartalen in nervenärztlicher Dauerbehandlung stehen. Auch diese Frage ist im Enqueteschlußbericht nicht ausreichend geklärt. Nach einigen Feldstudien, vgl. „Psychiatrie Heute und Morgen", scheint es, daß etwa 1/4 bis 1/3 der Behandlungsfälle von Quartal zu Quartal wechseln, d. h. den „Durchgang" darstellen, bei dem der Nervenarzt vorwiegend nur eine konsiliarisch-diagnostische Tätigkeit ausübt.

c) *Alle Hochrechnungen der Quartalsfakten auf die Zeiteinheit Kalenderjahr sind derzeit derart spekulativ, daß sie besser unterbleiben sollten und für die echte Bedarfsermittlung die Zeiteinheit Quartal bleibt.* Es bestehen keine Bedenken, die notwendigen Vergleichszahlen, z. B. über Einweisungen aus dem stationären Bereich, die jahresbezogen sind, auf Quartalsanteile umzurechnen.

d) Auch bei Berücksichtigung der Quartalszeiteinheit bleibt der Teil ambulant versorgter psychisch Kranker nicht berechenbar, der während dieser Zeiteinheit nur von Nichtnervenärzten und Nichtärzten behandelt werden. Der Enquetebericht hat dieses Problem nicht berücksichtigt.

Aufgliederung einiger hauptsächlicher nervenärztlicher Leistungen

Für unsere Betrachtungen der Leistungen dient uns die Aufzeichnung bestimmter E-Adgo-Ziffern im Quartal 1/75, wobei wir nach dem Zahlenverhältnis RVO — zu Ersatzkassen-Behandlungsfällen — (2 : 1) mit ausreichender Wahrscheinlichkeit eine Gesamthochrechnung durchführen können.

Wie häufig z. B. wurden psychisch Kranke aus nervenärztlichen Praxen in Fachkrankenhäuser eingewiesen? (Diese Frage erscheint uns deshalb bedeutungsvoll, weil ja vermutet wird, daß die Einweisungen und Wiedereinweisungen geringer seien, als die Einweisungszahlen derer, die nicht nervenärztlich vorher behandelt wurden.)

Hier ergibt die Frequenzstatistik auf je 100 Behandlungsfälle Ersatzkassen im Quartal 1975 Einweisungen

durch Nervenärzte	0,4076 v. H
durch alle anderen Ärzte	0,0056 v. H.

Es ist sicher nur mit Vorbehalt möglich, einen Vergleich mit dem Zahlenmaterial des Enqueteberichtes (Drucksache 7/4200 S. 102), herbeizuführen. Die dortigen Zahlen für das ganze Jahr 1972 besagen, daß in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und

*) Degkwitz, Römer, Rudolph, Schulte, „Spektrum" 2/1973 Dilling, Weyerer, Lisson, „Socialpsychiatrie" 10/1975, S. 111

Psychiatrie-Neurologie insgesamt 158 034 Patienten aufgenommen wurden. Wollte man diese Zahl auf einen Quartalswert umrechnen, würde sich eine Größenordnung von rund 40 000 Aufnahmen im Quartal ergeben.

Vergleichen wir die Zahl der 40 000 Aufnahmen mit dem Gesamtvolumen der ambulanten nervenärztlichen Tätigkeit im gleichen Zeitraum (= Quartal 700 000), ergeben sich 5,8 v. H. Einweisungen. Umgekehrt betrachtet: Nicht das psychiatrische Krankenhaus und der Weg dorthin und zurück (5,8 v. H.) bilden den Schwerpunkt der Behandlung der psychisch Gestörten, sondern die ambulante Versorgung durch die nervenärztlichen Praxen. Modellvorstellungen für Versorgungsverbesserungen aber müssen sich an den Bedarfsschwerpunkten orientieren, nicht am Ausnahmefall, nämlich der Einweisung. Das wird noch deutlicher, wenn wir uns die Verteilung des psychiatrischen ambulanten Krankengutes einmal graphisch darstellen (Abbildung 1).

Daraus ergibt sich, daß die im Enquetebericht so breiten Raum einnehmenden Forderungen nach vorsorgenden und nachsorgenden Diensten, ihrer Schaffung bzw. Verbesserung sich nur auf jene kleine Gruppe psychisch Kranker beziehen können, die einweisungsgefährdet sind.

Diese Gruppe der einzuweisenden Kranken besteht überwiegend aus Kranken, die leiden an:

1. schizophrenen Verlaufsformen, die von Zeit zu Zeit eine stationäre Behandlung brauchen.

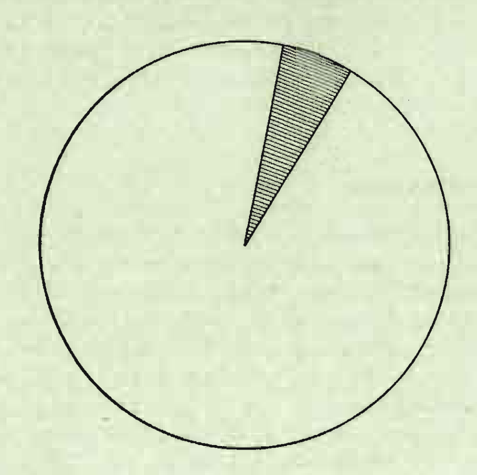


Abbildung 1:

weiß 94,2 v. H. = nur ambulant zu versorgende Fälle

schraffiert 5,8 v. H. = Anteil der einer stationären Behandlung zuzuführenden Fälle

2. suicidale Depressionen
3. psychiatrische Alterskranke
4. Alkohol- oder Drogenkranke.

Wir gehen insoweit einig mit der Enquete, Drucksache 7/4200, S. 105 ff. und S. 208.

Auch für diese Gruppe, die als einweisungsgefährdet bezeichnet werden kann, bleiben im ambulanten Bereich ohne Zweifel größere Probleme bei Versorgung und Betreuung, als sie z. Z. in der Regel gegeben sind. Für die Hauptgruppe indessen kann eine z. Z. ausreichende kassenärztliche Versorgung verbessert werden. Die Verbesserung dieses Teiles der ambulanten Versorgung ist primär ein Teil des Versorgungssicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung (und sollte dort auch nachdrücklicher behandelt werden). Die primäre Aufgabenstellung für die Arbeit der Enquete war, die Mängel der stationären Versorgung psychisch Kranker aufzuzeigen und hierfür Verbesserungsvorschläge vorzulegen. Daß sie sich einer Bestandsaufnahme der Psychiatrie der Bundesrepublik gewidmet hat, ist war dankenswert, sollte aber nicht die Optik der ursprünglichen Aufgabenstellung vergessen lassen.

Verfügbare Nervenärzte

In der Bundesrepublik Deutschland (Statistik vom 1. Januar 1975, Deutsches Ärzteblatt 1975/18 S. 1263 ff.) beträgt die Zahl der Nervenärzte insgesamt 3 074 (ohne West-Berlin).

Davon sind etwa 1/10 leitende Ärzte an Universitäten und Fachkliniken	371
bei Behörden	332
Oberärzte und Assistenzärzte an neurologischen und psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen	1 145

Auf Anfrage teilte uns die Kassenärztliche Bundesvereinigung über die Zahl der kassenärztlich tätigen Nervenärzte im Bundesgebiet im 1. Quartal 1975 mit:

Zugelassene Nervenärzte gem. § 24 ZOÄ (in freier Niederlassung vollkassen-zugelassen)	1 055
Beteiligte Nervenärzte gem. §§ 29, 30,1, 30,3 ZOÄ	146
nur für Ersatzkassen tätige Ärzte gem. § 5,5, 5,6 ZOÄ	36
insgesamt	1 237

Insgesamt sind also im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung 1237 Nervenärzte tätig. Somit kommen, bei einer Einwohnerzahl der Bundesrepublik Deutschland von etwa 62 000 000, auf einen Nervenarzt 52 000 Einwohner. Damit wäre rechnerisch die international angenommene Minimalgrenze für eine ambulante Versorgung fast erreicht. Tatsächlich liegen jedoch eine Reihe von anderen Gründen vor, die auch der Enquete-Bericht ausführt: Nervenärzte in Ballungszentren sind wesentlich stärker konzentriert als in Landkreisen. Da psychisch Kranke in der Regel geh- und reisefähig sind, ist ein Gesichtspunkt für die Effizienz eines niedergelassenen Nervenarztes die verkehrsgünstige Erreichbarkeit seines Arztsitzes.

Mit der zunehmenden Aufklärung der Öffentlichkeit über seelische Störungen nimmt der Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen zu, so daß die Richtzahl von 50 000 Einwohnern pro Nervenarzt heute sicherlich als zu hoch betrachtet werden muß. Andererseits zeigt aber auch gerade die Verteilung der Nervenärzte und ihre Konzentration in Ballungszentren, daß eine regionale Verteilung von Nervenärzten nicht nur einer Bedarfsdeckung entspricht, sondern primär auch eine Bedarfsweckung hervorruft. Dieser Vorgang trifft insbesondere auf die Psychotherapie zu. Sei es, daß die Differenziertheit der großstädtischen Sozialkontakte und Konflikte die Nachfrage verstärkt, sei es, daß z. Z. die Tragfähigkeit ländlich gewachsener Familien und Sozialstrukturen, zusammen mit einer relativ geringeren Differenziertheit der Menschen in ländlichen Gebieten zu einem geringeren Bedarf an Psychotherapie führt, sei es auch der umwelt- und fortschrittgeneigtere Kontakt großstädtischer Fach- und Allgemeinärzte gegenüber einem häufigen allein naturwissenschaftlich ausgericheten Denken mancher Landärzte. In jedem Fall bleibt die Tatsache bestehen, daß die Zahl der zur Verfügung stehenden niedergelassenen Nervenärzte zu klein ist, um eine wünschenswerte Versorgung aller Wohngebiete zu ermöglichen. Da aber gleichzeitig in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Kliniken bis zu 30 v. H. der Planstellen unbesetzt sind bzw. behelfsmäßig besetzt wurden, können von dort aus keine Kräfte abgezogen werden, um eine ambulante Regelversorgung mit zu übernehmen.

Hinsichtlich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gilt es den Forderungen gegenüber eine kritische Einstellung zu bewahren. Zu der vorgeblich gleichrangigen notwendigen Versorgung in der Bundesrepublik müssen wir feststellen, daß die angeblich mangelnde psychiatrische Versorgung noch durch eine mangelhafte psychotherapeutische Versorgung (S. 143) verstärkt wird, wobei sich auch hier Schwerpunkte in Großstädten abzeichnen. Wo bleibt die Forderung nach dem psychotherapeutischen mobilen Team auf dem Lande? Allzuleicht wird aus einer überbetonten Bedarfsdeckung eine Bedarfsweckung. Wir möchten nicht den Eindruck haben, daß hier ein marktwirtschaftlicher Prozeß in Gang gesetzt werden soll (vor allen Dingen von nichtärztlicher Seite), der dem Produkt „Psychotherapie" zugunsten der Hersteller einen zunehmenden Marktanteil sichern soll, da wiederum eine weniger effiziente Langzeittherapie gegenüber den kurzzeitigen Konfliktbereinigungen in den Vordergrund schieben.

Um in unserem Land im ambulanten Bereich ein notwendiges Maß an psychotherapeutischer Versorgung zu erreichen und nicht zu überschreiten, ist eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Psychologen nötig. Dabei sollte es weniger um den Führungsanspruch oder die Gleichberechtigung gehen, als vielmehr um eine möglichst nahtlose Ergänzung, die sich den jeweiligen Bedürfnissen des Falles anpaßt. Die Form der Zusammenarbeit sollte deshalb nur weitmaschig reglementiert werden.

Das kassenärztliche Versorgungssystem

Das kassenärztliche Versorgungssystem in der Bundesrepublik Deutschland, in dem über 90 v. H. der Bevölkerung versorgt werden, ist zunehmend in Kritik und Zweifel gerückt worden. Nicht zuletzt werden dabei Mängel in der psychiatrischen Versorgung zum Vorwurf gemacht. Schon an anderer Stelle (Psychiatrie Heute und Morgen), wurden Fehlerquellen dieses System in bezug auf die psychiatrische Versorgung herausgestellt. Die positiven Seiten des Systems jedoch nicht:

Absolut freie Arztwahl für den Patienten, persönliche Verantwortlichkeit des Kassenarztes durch persönliches Erbringen der Leistungen; Residenzpflicht, Sicherstellung seiner Erreichbarkeit, Nachweis der fachlichen Qualifikation; wechselseitige konsiliarische Kontakte untereinander durch Überweisung des Patienten zur Diagnostik, zur Mitbehandlung oder zur Weiterbehandlung. Eine Besonderheit dieses kassenärztlichen Versorgungssystems besteht im Status der frei niedergelassenen selbständigen Fachärzte aller Fachbereiche der Medizin, so daß eine komplette nichtklinische Versorgungsstufe angeboten wird. Das deutsche kassenärztliche Versorgungssystem funktioniert besser, als Kritiker meinen, wenn sich alle Ärzte an die Spielregeln der gegenseitigen Konsultation und Koordinierung halten. Das System zeigt dann Störungen, wenn die Filterfunktion der niedergelassenen Fachärzte zwischen praktischen Ärzten und Krankenhaus, gleich aus welcher Ursache, außer acht gelassen wird. Unnötige Krankenhausaufnahmen könnten vermieden werden, wenn ein niedergelassener Facharzt vorher konsultiert wird. Die hauptsächlichen Funktionen der vorstationären Versorgung können wirksam durch einen niedergelassenen Facharzt erfolgen.

Schlußbemerkung

Der von der Enquete vorgelegte Bericht läßt hinsichtlich der ambulanten Versorgung die Aufklärung grundlegender Strukturfaktoren vermissen. Es zeigt sich außerdem die Notwendigkeit zur Korrektur und Ergänzung wesentlicher Basisfakten. Diese Feststellungen beziehen sich insbesondere auf jene Hauptgruppe, die lediglich einer ambulanten und niemals einer stationären Versorgung bedürfen. Erst nach Berichtigung des IST-Voraussetzungen können überzeugende SOLL-Forderungen gestellt werden.

Wir können jetzt nur zu folgenden allgemeinen Emfehlungen kommen:

1. Im ärztlichen Bereich Förderung der Zuwendung zum Fachgebiet der Neuropsychiatrie und der Niederlassungsbereitschaft, indem man das Fach „attraktiver" macht. Der beste Weg dazu ist eine Neugestaltung der ärztlichen Gebührenordnung, die endlich die nervenärztlichen Leistungen in ihrem Wert als hochqualifizierte ärztliche Tätigkeiten gegenüber der Bewertung technischer Leistungen wieder in eine gesunde Relation bringt.

2. Warnung vor übersetzten Hoffnungen, durch Installierung der sogenannten Übergangseinrichtungen die Zahl der Einweisungen in psychiatrische Fachkrankenhäuser wesentlich einzusparen.
3. Förderung regionaler Kooperationen zwischen allen an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Ärzte mit Hilfsorganisationen und neu zu schaffenden Laienhilfen, unter humanitären Gesichtspunkten, die die geistige und seelische Freiheit in unserem Lande achten.

Entscheidendes Verdienst der Enquete bleibt, Denkanstöße gegeben und einen Verbesserungswillen aktiviert zu haben, den alle Psychiater begrüßen.

Berufsverband Deutscher Psychologen e.V.
Freiherr-vom-Stein-Straße 48, 6000 Frankfurt

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

April 1978

Vorwort

Der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" ist unter seiner Kurzbezeichnung „Enquete zur Lage der Psychiatrie" seit seinem Erscheinen vielerorts diskutiert worden. Eine Vielzahl von Stellungnahmen liegt vor. Die Stellnugnahme des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit steht noch aus; die notwendige Diskussion des Berichts im Bundestagsplenum ist noch nicht angekündigt. Unabhängig hiervon hat das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit für das Jahr 1978 die Vorlage eines Referentenentwurfs über ein Gesetz angekündigt, das die Ausübung der Heilkunde bei psychischen Erkrankungen durch Diplom-Psychologen regeln soll.

Der Berufsverband Deutscher Psychologen tritt als Interessenvertretung der Diplom-Psychologen seit vielen Jahren für die gesetzlichen Grundlagen der Berufsausübung von Diplom-Psychologen ein. Er hat auf verschiedenen Wegen versucht, Rechtsgrundlagen zu erringen. Aber bis heute hat der Diplom-Psychologe weder die rechtliche Absicherung seiner Berufsbezeichnung „Psychologe" erreicht noch die spezielleren Rechtsgrundlagen für seine heilkundliche Tätigkeit: Er ist nicht zur Ausübung der Heilkunde zugelassen; er ist in die Reichsversicherungsordnung nicht aufgenommen; er hat kein Zeugnisverweigerungsrecht.

In allen Initiativen, die den allgemeinen Schutz der Berufsbezeichnung „Psychologe" durch Ländergesetzgebung anzielten, wurden weiterreichende Absicherungen unter anderem mit dem Hinweis abgelehnt, daß der Bundesgesetzgeber in dieser Angelegenheit zuständig sei.

Die Berufsaufgaben des Diplom-Psychologen wurden in allen Landesgesetzentwürfen weitgehend übereinstimmend so definiert: „Berufsaufgaben des Psychologen sind alle eine wissenschaftliche Ausbildung erfordernden Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit der Untersuchung, Interpretation, Modifikation und Prognose des Verhaltens und Erlebens von Menschen als Individuum und als Gruppe stehen" (Berliner Entwurf zum Psychologengesetz, Antrag der Fraktion der CDU vom 6. Oktober 1976).

Der Diplom-Psychologe führt diese Berufsaufgaben entsprechend seinen berufsethischen Verpflichtungen aus: „In jeder beruflichen Tätigkeit ist er auf das Wohl der Menschen bedacht, die von seiner Berufsausübung betroffen werden. Er weiß sich dem Dienst am Individuum und an der Gesellschaft, in der er lebt, verpflichtet." *)

Dieser Dienst am konkreten Individuum und an der historisch realen Gesellschaft bedeutet selbstverständlich erst recht, dem wesentlichsten Gut von Individuum und Gesellschaft verpflichtet zu sein: Der individuellen Gesundheit und der Volksgesundheit.

Daher wurden die Landesgesetzentwürfe zurückgewiesen mit dem Hinweis darauf, daß jedes Gesetz, das sich mit den Fragen der Heilkunde befaßt, in die Bundeskompetenz fällt.

Der Berufsverband Deutscher Psychologen ist also in allen einschlägigen Gremien, in denen er die allgemeine Rechtsgrundlage für seine Mitglieder und deren Berufsausübung durchsetzen wollte, auf die gesetzgeberische Bundeskompetenz und den Rechtsrahmen der Heilkundegesetzgebung verwiesen worden.

Der Berufsverband Deutscher Psychologen vertritt unter seinen mehr als 5 000 Mitgliedern die Interessen von etwa 4 000 organisierten klinisch, das heißt heilkundlich tätigen Diplom-Psychologen und ist der Wortführer für die weiteren rd. 5 000 nichtorganisierten heilkundlich tätigen Diplom-Psychologen.

Da die „Enquete zur Lage der Psychiatrie" als Bedarfsanalyse und Strukturkonzept vermutlich den Hintergrund für die anstehende, zu diskutierende

*) Im Berufsverband Deutscher Psychologen wird gegenwärtig eine Überarbeitung der berufsethischen Verpflichtungen diskutiert. Sie wird den oben beschriebenen Sachverhalt konkretisieren. Bezugsrahmen der beruflichen Tätigkeit des Diplom-Psychologen kann ohne weiteres der Dienst an der Volksgesundheit sein, insbesondere wenn Gesundheit so definiert wird, wie die Weltgesundheitsorganisation den Begriff versteht: „Ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit."

gesetzliche Regelung bildet, nimmt der Berufsverband Deutscher Psychologen zu diesem Bericht im folgenden Stellung.

Einleitung

Der Berufsverband Deutscher Psychologen hält es für verdienstvoll, daß es erstmals in der Geschichte der deutschen Psychiatrie gelungen ist, eine Dokumentation in der Form des bezeichneten Berichts zu erstellen. Wir begrüßen, daß die Probleme psychisch Kranker und Behinderter umfassend gesichtet wurden. Wir begrüßen ferner, daß in die betrachteten Versorgungssysteme der Bevölkerung alle bedeutsamen Berufsgruppen einbezogen wurden. So wurde mehrfach bei der Bestandsaufnahme der derzeitigen Situation der Psychiatrie und bei künftigen Perspektiven auf die Dringlichkeit des Zusammenwirkens medizinischer, psychologischer und sozialer Dienste hingewiesen.

ERSTER TEIL

Prämissen der Enquete, die offengelegt werden müssen

Das Grundkonzept des „Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" beruht auf einigen Voraussetzungen, die als unwidersprochen angenommen werden. Diese Prämissen, auf denen alle Folgerungen der Verfasser fußen, werden allerdings durch die häufige Verwendung des unklaren Begriffes „psychosoziale Versorgung" und durch verschiedene andere terminologische Unklarheiten verdeckt. Um eine sachlich begründete, kritische Distanz zu dem verdienstvollen Werk herzustellen, ist es notwendig, diese Prämissen zunächst herauszuarbeiten.

Prämisse 1 des Berichtes, die kritisch untersucht werden muß:

Heilkundliche Versorgung der Bevölkerung kann eigenverantwortlich und selbständig nur im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen.

Die vielfältigen Ausführungen über die personelle Situation in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zeigen immer wieder, daß diese Prämisse weitergeführt und nirgends in Frage gestellt wird. Es wird einerseits festgehalten:

> „Angesichts der zahlreichen Studienabgänger im Fach Psychologie ist die Anzahl der in den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie beschäftigten Psychologen äußerst gering. Eine Verbesserung dieser Situation ist deswegen notwendig, weil die Klinischen Psychologen nach entsprechender Einarbeitung und Fortbildung sowie Weiterbildung in gewissen Anteilen *den ärztlichen Dienst zu entlasten* vermögen."

Der Psychologe soll also im stationären Bereich als Hilfe für den Arzt dienen. Andererseits wird für den ambulanten Versorgungsbereich festgestellt:

> „Um die Lücke psychotherapeutisch-psychosomatischer Versorgung zu schließen, wurden bereits die in der Berufsordnung liegenden Hindernisse beseitigt, die der Zusammenarbeit mit Psychologen im Wege standen ... Im *kassenärztlichen Versorgungsbereich* hat jedoch bisher lediglich die Delegierung analytisch und tiefenpsychologisch-psychotherapeutisch zu behandelnder Patienten an nichtärztlichen Psychotherapeuten und Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) einen vertragsrechtlichen Niederschlag gefunden."

Die Zusammenarbeit mit Psychologen wird also auch im ambulanten Bereich in den Rahmen der kassenärztlichen Versorgung hineingebracht. So wird denn auch gefolgert:

> „Die Kooperation von Ärzten gleicher Fachrichtung und auch verschiedener Fachrichtungen in Gruppenpraxen oder Gemeinschaftspraxen unter Einschluß Klinischer Psychologen ist zu intensivieren" (S. 209).

Diese zusammenfassende Forderung ist für den Anspruch des Diplom-Psychologen, der das Recht auf eigenständige und selbstverantwortliche Berufsausübung auch in eigener freier Niederlassung verlangt, unzureichend, wenn nicht deutlich gemacht wird, daß es hierbei auch um die Gemeinschaft zwischen Praxen von Ärzten und Praxen Klinischer Psychologen gehen kann.

Prämisse 2 des Berichtes, die kritisch untersucht werden muß:

Ärztliche Behandlung im Bereich der Versorgung seelisch Kranker und Behinderter umfaßt zwei Gebiete: Die Psychiatrie und die Psychoanalyse-Psychosomatik. *)

Dies ist aus ärztlicher Sicht ein Widerspruch. Die ärztlichen Standorganisationen haben diesen Widerspruch, der sich durch die Grundstruktur des Berichtes zieht, deshalb ausführlich diskutiert. Gegenwärtig versuchen sie nun, die Psychoanalyse in die Medizin zu integrieren. Um dieses zu erreichen, bedient man sich eines Hilfsmittels, indem man die Gebietsbezeichnung „Psychoanalytische Medizin" schuf.

Die Enquete stellt also keineswegs eine „Magna Charta der Psychiatrie" dar, wie dies verständlicherweise von psychoanalytischer Seite behauptet wird. Der Widerspruch zwischen dem Bereich psychiatrischer und andererseits psychoanalytisch-psychosomatischer Versorgung ist im Gegenteil in diesem Werk eher festgeschrieben, als daß Verbindungsansätze oder Lösungsmöglichkeiten gefunden werden. Dies ist zum guten Teil auf die folgende dritte Prämisse zurückzuführen.

---

*) Daß die Enquete den Terminus „Psychotherapie" verwendet, wenn sie zumeist nur Psychoanalyse meint, ist in der Sachverständigen-Kommission selbst aufgefallen. Ausdrücklich hält *Hippius* in seinem *Sondervotum* fest, es „sei hier ausdrücklich hervorgehoben, daß Psychotherapie nicht gleichbedeutend ist mit psychoanalytischer Psychotherapie" (S. 414).

Prämisse 3 des Berichtes, die kritisch überprüft werden muß:

Die Enquete berichtet umfassend über das System „psychosozialer Versorgung".

Durch die zwei vorgenannten Prämissen, die Heilkunde nur im Rahmen der ärztlichen Versorgung und die psychotherapeutische Leistung nur im Rahmen psychoanalytischer Berufsausübung gesichert zu sehen, wird verstehbar, daß das gesamte Feld psychologischer Behandlung im Bericht übersehen bzw. ausgeklammert wird. So werden zwar im „Vorfeld" psychiatrischer und „psychoanalytisch-psychosomatischer" Dienste verschiedene Beratungsinstitutionen benannt, der Anteil heilkundlicher Leistungen bei psychisch Erkrankten und Behinderten wird aber nicht erfaßt. Ebenso wird das gesamte Versorgungsnetz klinisch-psychologischer Praxis übersehen. Der Bericht stützt sich nämlich einzig auf die Bestandsaufnahme der Psychoanalytiker und auf einer Umfrage bei den kassenärztlichen Vereinigungen (S. 139).

Diese erheblichen Mängel sind den Auftraggebern zweifelsohne durch die vielfältigen kritischen Rückmeldungen aus der Öffentlichkeit inzwischen selbst zum Bewußtsein gekommen. Vermutlich deshalb wurde durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ein Auftrag an das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München erteilt. Dort soll nun im Forschungsprojekt „Psychotherapie" versucht werden, diese grundsätzliche Lücke des genannten Berichtes zu schließen. Es wird daher Aufgabe dieser Stellungnahme sein, auch auf dieses Projekt später kurz einzugehen.

ZWEITER TEIL

Thesen

Vor dem Hintergrund der kritisch dargestellten Prämissen, die die Grundstruktur des Berichtes ausmachen, nimmt der Berufsverband Deutscher Psychologen in folgenden Thesen zur Enquete Stellung, die den Prämissen gegenübergestellt werden.

These 1:

Selbständige und eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ist auch außerhalb der kassenärztlichen Versorgung möglich.

Die bestehende Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland erlaubt selbständige und eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde auch im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter bisher nur Ärzten und Personen, die die Prüfung entsprechend dem Gesetz über die Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikerprüfung) abgelegt haben. Wenn dies auch die Situation de jure ist, so sieht die Realität de facto anders aus.

Seit mehr als 50 Jahren, insbesondere aber in den letzten drei Jahrzehnten, hat sich die wissenschaftliche Psychologie und ihre Anwendung auf dem klinischen Sektor in starkem Maße weiterentwikkelt. Dies hat nicht nur zu einer verstärkten Ausbildung von Diplom-Psychologen an allen Deutschen Universitäten geführt, sondern es wurden auch die Inhalte der klinischen Psychologie in immer stärkerem Umfang in den Diplom-Studiengang aufgenommen. Dadurch hat sich ein Berufsstand herausgebildet, der in seiner Qualifikation als Klinischer Psychologe und seiner Zahl nach durchaus in der Lage ist, einen wirkungsvollen Beitrag zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu leisten. Zur Zeit sind etwa 9 000 Diplom-Psychologen in den verschiedensten Institutionen und in freier psychologischer Praxis klinisch-psychologisch tätig.

In einer Bestandsaufnahme, die die zuständigen Hochschulvertreter für klinische Psychologie durchführten, fassen diese den gegenwärtigen Ausbildungsstand folgendermaßen zusammen:

> „Somit erhält ein Psychologiestudent mit dem Studienschwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie im Rahmen des Diplom-Studienganges Psychologie an der Universität
>
> 1. eine fundierte theoretische Ausbildung, die es ihm ermöglicht, auf der Basis eines breit gefächerten psychologischen Wissens sein klinisch-psychologisches und psychotherapeutisches Handeln fortlaufend zu überprüfen und zu verändern sowie an der wissenschaftlichen Entwicklung teilzuhaben;
> 2. eine praktische Ausbildung in klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Grundfertigkeiten und ausgewählten Interventionsmethoden;
> 3. eine theoretische und praktische Ausbildung in der Anwendung der klinischen Psychologie und Psychotherapie auf ausgewählte Praxisfelder bzw. Störungsbereiche.
>
> Der Diplom-Psychologe mit dem Schwerpunkt klinische Psychologie und Psychotherapie ist in der Lage, nach Abschluß seines Studiums unter Supervision und Anleitung diagnostisch, beratend, therapeutisch und präventiv tätig zu sein. Eine eigenverantwortliche selbständige psychotherapeutische Tätigkeit erfordert eine berufsbegleitende Weiterbildung von zwei bis drei Jahren nach Ablegung des Diploms in Psychologie."
>
> („Ausbildungsinhalte in klinischer Psychologie und Psychotherapie im Diplom-Studiengang Psychologie an den psychologischen Instituten der Bundesrepublik Deutschland und Westberlins", verabschiedet von der „Ständigen Konferenz der Vertreter für klinische Psychologie und Psychotherapie an Hochschuleinrichtungen für Psychologie"; veröffentlicht in REPORT PSYCHOLOGIE 2/1978).

Die Zuständigkeit des Diplom-Psychologen für den Sektor psychischer Erkrankungen, die sich hieraus ergibt, wird in der Enquete nicht angesprochen. Die Möglichkeiten partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen Arzt und Diplom-Psychologen werden entsprechend der ersten Prämisse nur im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung angedeutet.

Es ist verständlich, daß es ärztlichem Denken noch widerspricht, den Krankheitsbereich psychischer Erkrankungen einem Fachvertreter zuzuweisen, der berufsspezifisch an der Universität wissenschaftlich ausgebildet wurde. Es ist auch verständlich, daß die Zuerkennung der Fachkompetenz an den Diplom-Psychologen ärztlichem Denken schwerfällt. Dies insbesondere deswegen, weil ärztliches Grundlagenwissen für psychologische Sachverhalte seit neuestem durch die begrüßenswerte Einführung des Lehrfaches „medizinische Psychologie" in der Ausbildung angehender Ärzte verankert wird. *Der Berufsverband Deutscher Psychologen muß jedoch festhalten, daß es sich bei der Fachkompetenz des Diplom-Psychologen als klinischem Psychologen zumindest um eine analoge Spezialisierung handelt, wie etwa die des Zahnarztes für den ihm zugeordneten Krankheitsbereich.* Wenn die Sachverständigen-Kommission trotz dieser Zurückhaltung eine gesetzliche Regelung für den Klinischen Psychologen empfiehlt, so bestätigt dies die Dringlichkeit der Sachlage.

Die Reichsversicherungsordnung bestätigt unsere These, daß selbständige und eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde auch außerhalb der kassenärztlichen Versorgung möglich ist und läßt demnach eine Öffnung der Prämisse 1 der Enquete zu. Die RVO betont nämlich, daß heilkundliche Leistungen „*insbesondere* durch Ärzte" erbracht werden (§ 182 RVO).

Die Sektion „Klinische Psychologie" im Berufsverband Deutscher Psychologen fordert deshalb auch die Öffnung des Bereiches heilkundlicher Versorgung psychisch Kranker und Behinderter für zumindest einen Beruf: Den Klinischen Diplom-Psychologen. Das Präsidium des Berufsverbandes Deutscher Psychologen vertritt diese Forderung als Minimalforderung.

Ausdrücklich betont sei hierbei, daß der Berufsverband und die Sektion „Klinische Psychologie" des Berufsverbandes keine Vorentscheidung trifft über die Zuordnung zum System der kassenärztlichen Versorgung oder die Zuordnung zu einem selbständigen psychologischen Versorgungsbereich.

These 2:

Die Gesamtheit der heilkundlichen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter umfaßt zwei Bereiche der Behandlung: Medizinische Behandlung und psychologische Behandlung.

Durch diese Gegenüberstellung wird für beide Seiten Klarheit und eine Rechtsgrundlage für angemessene Formen partnerschaftlicher gleichberechtigter Zusammenarbeit geschaffen.

Für die medizinisch-ärztliche Behandlung psychischer Krankheiten und Behinderungen ist es sicher noch eine Forderung an die Zukunft, den bereichsinternen Widerspruch von Psychiatrie und Psychoanalyse-Psychosomatik zu überwinden. Hierbei werden die experimentell fundierten Psychotherapieverfahren aus dem Bereich der klinischen Psychologie sicher einen wesentlichen vermittelnden Beitrag leisten können. Vor diesen Möglichkeiten wäre es geradezu eine tragische Fehlentwicklung der Gegenwart, wollte man eine einzelne, nämlich die psychoanalytische Methode, als Grundlage für eine medizinische Gebietsbezeichnung festschreiben. Dies muß im Interesse einer wirkungsvollen Versorgung der Bevölkerung verhindert werden.

Die berufliche Tätigkeit des klinisch tätigen Diplom-Psychologen dient der Feststellung, Heilung und Linderung von Krankheiten; insbesondere von Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, sexuellen Verhaltensabweichungen und Exzessen, Wahrnehmungs-, Reizverarbeitungs- und Antriebsstörungen. Dies entspricht der Festlegung der Weltgesundheitsorganisation. Auch in der Bundesrepublik sind Klinische Diplom-Psychologen seit Jahrzehnten erfolgreich tätig; sie müssen ihre psychologischen Behandlungen aber häufig in der Illegalität durchführen oder aber sich einer völlig sachfremden, ihrer Ausbildung in keiner Weise entsprechenden Heilpraktikerprüfung unterziehen.

Es kann nach allen wissenschaftlichen Erkenntnissen davon ausgegangen werden, daß die nach psychoanalytischem Modell betriebene Psychotherapie und die neuen, experimentell begründeten Therapieformen einander zumindest ebenbürtig sind. Allerdings beansprucht psychoanalytische Psychotherapie eine lange Zeitdauer (bis zu 500 Stunden und mehr) und einen hohen Kostenaufwand. Dies hat zur Folge, daß einerseits die Zahl der Ärzte, die diese Therapiemethode praktizieren, nicht annähernd ausreicht, um die steigende Zahl psychisch Erkrankter zu behandeln; andererseits wären die Kosten dieser Therapiemethode für die Krankenkassen untragbar, wenn sie durchgehend angewendet würde.

Nun sind insbesondere in den letzten zwei Jahrzehnten psychotherapeutische Verfahren entwickelt und experimentell überprüft worden, die sich bei der Behandlung psychischer Erkrankungen als außerordentlich effizient und vom Zeit- und Kostenaufwand her als sehr ökonomisch erwiesen haben. Bei ihnen werden Ergebnisse individueller psychologischer Diagnostik und die daraus sich ergebenden Konsequenzen für den Patienten mitgeteilt oder relevante psychologische und psychopathologische Erkenntnisse auf den speziellen Fragegegenstand hin angewendet. Diese Behandlungsformen der klinischen Psychologie setzen beim Behandelnden eine breite Basis psychologischer Fachkenntnis voraus und werden fast ausschließlich von Diplom-Psychologen angewendet. Bei einer Vielzahl von neurotischen Erkrankungen sind sie nicht mehr zu ersetzen. Auch für Alkoholismus und andere Abhängigkeiten verfügen Diplom-Psychologen aufgrund ihrer wissenschaftlichen Ausbildung und Praxiserfahrung über wirksame Methoden der Prävention, der Therapie und der Rehabilitation. Gerade Alkoholismus und Abhängigkeitsgefahren stehen nach den statistischen Feststellungen des Enquete-Berichts an erster Stelle psychischer Erkrankungen.

Die Diplom-Psychologen müssen die rechtlich abgesicherte Möglichlich haben, ihre spezifischen, auf der Universität und in der fachlichen Praxis erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten in die Präven-

tion und Behandlung psychischer Störungen und Behinderungen einzubringen. Diese Einsicht, die ja auch in der Enquete ausgedrückt wird, muß sich durchsetzen.

Der Berufsverband Deutscher Psychologen stellt allerdings mit Besorgnis fest, daß dieser zweite Versorgungsbereich psychisch Kranker und Behinderter in den bisherigen Diskussionen und Erhebungen nur unzureichend berücksichtigt wurde.

These 3:

Für eine spürbare Behebung der Mißstände in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, wie sie in der Enquete geschildert werden, ist nicht die Schaffung eines neuen Berufes (z. B. den des „nichtärztlichen Psychotherapeuten") notwendig. Notwendig ist es, gesetzliche Grundlagen und klar definierte Handlungsspielräume für den zweiten Bereich heilkundlicher Versorgung zu schaffen: für den Bereich psychologischer Behandlung.

Die Enquete stellt für die Berufsgruppe der Klinischen Psychologen fest:

> „Notwendig ist für diese Gruppe von Mitarbeitern die verbindliche Regelung einer Weiterbildung (Nachweis einer therapeutischen Ausbildung, Nachweis einer praktischen Weiterbildungszeit). Die Ausbildungskapazität der Universitäten und der klinischen Einrichtungen muß vergrößert werden, wenn dem Bedarf an Klinischen Psychologen in absehbarer Zeit entsprochen werden soll" (S. 245).

Diesen Nachweis einer wissenschaftlich fundierten therapeutischen Ausbildung erbringt der Diplom-Psychologe insbesondere seit der Einführung des Studienschwerpunkts klinische Psychologie und Psychotherapie durch seinen Studienabschluß mit dem Diplom. Der Berufsverband Deutscher Psychologen fordert, daß dieser Berufsabschluß zu einem Staatsexamen ausgebaut wird. Für die Regelung der Weiterbildung hat die Sektion „Klinische Psychologie" Minimalanforderungen entwickelt und erarbeitet gegenwärtig praxisnahe Modelle für deren Ausgestaltung. *)

Die Notwendigkeit einer Weiterbildung von Diplom-Psychologen nach Abschluß ihrer psychologischen Ausbildung an der Universität wurde nie in Frage gestellt. Diese Weiterbildung muß auf die Anwendung psychologischen und psychotherapeutischen Fachwissens gerichtet sein. Sie wurde in der Vergangenheit überwiegend in der Form gelöst, daß jüngere Diplom-Psychologen bei Aufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit in psychotherapeutisch ausgerichteten Institutionen — zum Beispiel Fachkliniken, Rehabilitationseinrichtungen, heilpädagogischen Einrichtungen der Jugendhilfe, klinisch-psychologischen Praxen usw. — von erfahrenen älteren Berufskollegen angeleitet, kontrolliert und zur selbständigen Ausübung ihres Berufes hingeführt wurden. Allerdings konnte dies bislang nicht durch eine staatliche Approbation bestätigt werden. Um diese Einführung in jedem Einzelfall sachgerecht sicherzustellen, sind eine berufsrechtliche Grundregelung und darauf aufbauende Regelungen erforderlich.

Der Berufsverband Deutscher Psychologen fordert daher für die Zulassung zur Ausübung der Heilkunde durch Diplom-Psychologen ein mit dem Diplom oder Doktorgrad oder einem vergleichbaren akademischen Grad abgeschlossenes Studium der Psychologie mit Schwerpunkt in klinischer Psychologie und Psychotherapie an einer voll anerkannten Universität oder Hochschule und daran anschließend mindestens zwei Jahre supervisionierte klinisch-psychologische Praxis in einer öffentlich kontrollierten Institution.

In diesem Zusammenhang zeigt sich am bedrückensten die Schwachstelle des vorgelegten Berichtes, die es notwendig machte, in einem Sondervotum zu betonen, daß „Psychotherapie nicht gleichbedeutend ist mit psychoanalytischer Psychotherapie" (Sondervotum Hippius, S. 414).

Die Ausführungen über die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Psychologen (S. 331 f., S. 347 f.) sind in sich nur dann stimmig, wenn als Zielbild der Psychoanalytiker gesetzt wird:

> „Die Weiterbildung von Diplom-Psychologen zu analytischen Psychotherapeuten erfolgt bislang zusammen mit denen der Ärzte in nach der Rechtsform des eingetragenen Vereins organisierten privaten Weiterbildungsinstitutionen. Die Weiterbildung geschieht nach den Rahmenrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT). Nach diesen Richtlinien sind zur Zeit etwa 300 psychologisch vorgebildete Personen weitergebildet und fachtherapeutisch tätig. Die Weiterbildung dauert berufsbegleitend in der Regel vier bis fünf Jahre, erfolgt unter klinischen Gesichtspunkten und schließt eine einjährige psychiatrische Grunderfahrung mit ein. Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung an von der DGPPT anerkannten Weiterbildungsstätten werden gegenwärtig noch von ärztlichen Fachtherapeuten auf dem Wege des Delegationsverfahrens zu kassenärztlichen Versorgungsleistungen auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Therapie hinzugezogen" (S. 347).

Diese so zusätzlich zum *Psychoanalytiker* ausgebildeten Diplom-Psychologen sind die Personengruppe, die im vorgelegten Bericht mit dem Arbeitsbegriff „nichtärztlicher Psychotherapeut" belegt werden. *Dieser Arbeitsbegriff wird hierbei der Vereinbarung zur Finanzierung psychoanalytischer Lei-*

*) In diesem Zusammenhang muß angemerkt werden, daß die im Bericht zitierte Informationsschrift über Berufsbild und Weiterbildung des Klinischen Psychologen, die von der Sektion „Klinische Psychologie" im Berufsverband Deutscher Psychologen 1973 erarbeitet worden war, lediglich ein Diskussionspapier darstellt. Die verbandsinterne Diskussion hat nach kritischer Auseinandersetzung mit dem Papier am 22. Januar 1977 zur Verabschiedung einer nunmehr gültigen Plattform und Konzeption geführt, die der heutigen Stellungnahme zugrunde liegt.

stungen entnommen. Unter diesem Arbeitstitel läuft auch die Vorbereitung des Gesetzentwurfes, mit dem das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit befaßt ist.

Das Berufsbild des Diplom-Psychologen ist jedoch — wie oben bereits dargestellt — in seiner Basisqualifikation das Berufsbild eines Fachmanns zur Untersuchung, Interpretation, Modifikation und Vorhersage des Verhaltens von Menschen. *Insbesondere seit der Einführung des Studienschwerpunkts Klinische Psychologie und Psychotherapie ist das gesamte akademische Studium des Diplom-Psychologen Ausbildung für Psychotherapie. Der Anspruch einer vierjährigen Weiterbildungszeit erscheint daher völlig unangemessen.*

Vergleicht man die Vorstellungen, die nach der Enquete für den Diplom-Psychologen konzipiert werden, mit den Anforderungen, die nach den Aussagen der Enquete an den Arzt für die Ausübung der Psychotherapie gestellt werden, so drängt sich uns der Eindruck auf, daß bei der Formulierung der Kriterien Voreingenommenheit und berufsständische Einseitigkeit im Spiele war. Will man der Enquete glauben, besitzt der Diplom-Psychologe nach Abschluß seines Studiums nicht eine ausreichende Qualifikation, um seinen Beruf als Klinischer Psychologe auszuüben, obwohl er hierfür ausgebildet wurde. Der Diplom-Psychologe soll nämlich durch eine Zusatzausbildung in einen völlig neuen Beruf überführt werden. Für diesen neuen Beruf würde dann gelten:

> „Die Zusatzausbildung von Diplom-Psychologen zu Psychologen (Fachpsychologen) für Klinische Psychologie wird im Rahmen eines Gesetzes über den nichtärztlichen Psychotherapeuten geregelt werden. Durch ein solches Gesetz können die so ausgebildeten Klinischen Psychologen als Heilberuf anerkannt werden, zu dem der Abschluß des Psychologiestudiums mit dem Diplom allein noch nicht berechtigt" (S. 331).

Noch deutlicher wird das Gesamtkonzept für das geplante Gesetz zum nichtärztlichen Psychotherapeuten durch folgendes Zitat:

> „Durch dieses Gesetz muß schließlich auch die rechtliche Grundlage für die zukünftige *Zusammenarbeit* zwischen den psychotherapeutisch tätigen Psychologen und dem Arzt präzisiert werden. Diese Kooperation *ist für die Versorgung psychisch Kranker unerläßlich,* sollte aber nicht mehr in Form des bisher (im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung) geübten Delegationsverfahrens praktiziert werden. An die Stelle des Delegationsverfahrens sollte im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung ein präzise definiertes wechselseitiges Zuweisungsverfahren zwischen Ärzten und psychotherapeutisch arbeitenden Psychologen (Fachpsychologen für Klinische Psychologie) treten, durch das die jeweiligen Verantwortungsbereiche genau festgelegt werden. Voraussetzung hierfür ist die gesetzliche Festlegung der Zusatzausbildung zum Klinischen Psychologen" (S 332).

Es wird betont, daß der Klinische Psychologe „im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung" arbeiten solle (Prämisse 1). Durch diese Prämisse wird zugleich die Integration des Klinischen Psychologen in den ärztlich-medizinischen Bereich der Heilkunde organisiert. Die angebliche Voraussetzung hierfür sei die *Zusatzausbildung* zum Klinischen Psychologen, der gemäß dem insgesamt vorliegenden Konzept der *Psychoanalytiker* sein müßte.

Gegen diese außerordentliche Einengung muß der Berufsverband Deutscher Psychologen im Interesse der experimentell und wissenschaftlich erarbeiteten modernen Fachrichtungen psychotherapeutischer Kompetenz sowie im Interesse der seit Jahrzehnten erfolgreich psychologische Behandlung ausübenden berufstätigen Diplom-Psychologen protestieren. Der heilkundlich tätige Diplom-Psychologe erbringt im Rahmen der Ausübung seines akademischen Berufes heilkundliche Leistungen. Er hat es nicht nötig, durch eine Zusatzausbildung einen neuen zweiten Beruf zu erlernen. Diese Forderung wird auch einzig dem Diplom-Psychologen zugemutet. Der Arzt dagegen, der während seiner medizinischen Ausbildung keine psychologischen Kenntnisse vermittelt bekam, außer im oben erwähnten neuen Lehrfach „medizinische Psychologie" und im Lehrfach „Psychopathologie", das auch für Psychologen obligatorisch ist, soll zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" eine dreijährige Weiterbildung — also keine Zusatzausbildung — absolvieren.

DRITTER TEIL

Zusammenfassung

Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland beinhaltet einige Prämissen, die in der öffentlichen Diskussion nicht ausreichend offengelegt und diskutiert wurden.

So wird im Bericht davon ausgegangen,

- daß selbständige und eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde nur im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen könne;
- daß die ärztliche Behandlung im Bereich der Versorgung seelischer Krankheiten zwei Bereiche (Psychiatrie und Psychoanalyse) umfaßt;
- daß der Bericht insgesamt das System „psychosozialer Versorgung" der Bundesrepublik Deutschland umfassend darstelle.

Der Berufsverband Deutscher Psychologen nimmt hierzu in folgenden Thesen Stellung:

These 1:

Selbständige und eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ist auch außerhalb der kassenärztlichen Versorgung möglich.

Dies ist leicht zu beweisen, da die Prämisse 3 des Berichts unhaltbar ist. Der Gesamtbereich psychologischer Behandlung ist unzureichend erfaßt; das ge-

samte Versorgungssystem *psychologischer Praxis* ist nicht erfaßt. *)

In diesem Versorgungssystem außerhalb der kassenärztlichen Versorgung, das durch die Dienstleistung angestellter und freiberuflich tätiger Diplom-Psychologen gegeben ist, wird seit Jahrzehnten qualifiziert Heilkunde im Bereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ausgeübt.

These 2:

Die Gesamtheit der heilkundlichen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter umfaßt zwei Bereiche: Medizinische Behandlung und psychologische Behandlung.

Auf der Grundlage sozialer Dienste erheben sich die beiden Versorgungssysteme. Das Versorgungssystem psychologischer Behandlung ist dabei wesentlich unauffälliger. Dies liegt nicht an seiner geringen Effizienz, sondern ausschließlich an der juristischen Illegalität, zu der es durch ein Gesetz aus nationalsozialistischer Zeit verurteilt ist. Dies ist dem Versäumnis eines Gesetzgebers anzulasten, der bislang nicht gehandelt hat.

These 3:

Für eine spürbare Behebung der Mißstände in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, die in der Enquete geschildert werden, ist nicht die Schaffung eines neuen Berufes (zum Beispiel den des „nichtärztlichen Psychotherapeuten") notwendig. Notwendig ist es, gesetzliche Grundlagen und klar definierte Handlungsspielräume für den zweiten Bereich heilkundlicher Versorgung zu schaffen: Für den Bereich psychologischer Behandlung.

---

*) Dies ist schon dadurch erwiesen, daß erst in einem Folgeauftrag an das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München ein erster Versuch unternommen wird, diesen Versorgungsbereich überhaupt zu erfassen. Es bestehen allerdings auch Bedenken dagegen, daß dieser Versuch zu einer zuverlässigen Übersicht führt. In der genannten Studie wird nämlich die Prämisse der kassenärztlichen Versorgung fortgeschrieben. So werden nur ärztliche Termini zur Krankheitsdefinition verwendet. Die wissenschaftliche Zugriffsweise einer präzisen Problembeschreibung, die sich auf beobachtbare Daten bezieht (operationalisierte und beobachtungsbezogene Diagnostik) rückt hier in den Hintergrund, obwohl sie dem Fragegegenstand wesentlich angemessener wäre.

Forderungen

Die vorangegangene Analyse begründet für den Berufsverband Deutscher Psychologen die folgenden Forderungen:

— Ein umfassendes System „psychosozialer" Versorgung umfaßt medizinische, psychologische und soziale Dienste. Auf dieser Grundlage müssen Diplom-Psychologen zur Ausübung der Heilkunde zugelassen werden, wenn sie ein mit dem Diplom oder Doktorgrad oder einem vergleichbaren akademischen Grad abgeschlossenes Studium der Psychologie mit Schwerpunkt in Klinischer Psychologie an einer voll anerkannten Universität oder Hochschule nachweisen und daran anschließend mindestens zwei Jahre supervisionierte klinisch-psychologische Praxiszeit in einer öffentlich kontrollierten Institution absolviert haben.

Um die Berufsausübung der Klinischen Psychologen sowie aller anderen akademisch ausgebildeten Psychologen zu sichern, werden darüber hinaus folgende Forderungen erhoben:

— Der Schutz des Laien vor Scharlatanen durch *den Schutz der Berufsbezeichnung „Psychologe"* in allen Wortverbindungen.

— Den Schutz der Vertrauensbeziehung Psychologe-Patient durch das *Zeugnisverweigerungsrecht* für Psychologen.

— Die Sicherstellung des psychologisch verantwortbaren Umgangs mit psychodiagnostischen Mitteln durch *Testschutz.*

Wir gehen davon aus, daß der Gesetzgeber den gegenwärtigen widersinnigen Zustand beseitigt, durch den jährlich mehrere hundert Diplom-Psychologen an deutschen Universitäten ihr vom Steuerzahler finanziertes wissenschaftliches, qualitativ hochstehendes Studium abschließen und damit einen Beruf erlernt haben, den sie später nicht ausüben dürfen.

Der Berufsverband Deutscher Psychologen gibt seiner Hoffnung Ausdruck, daß die Verantwortlichen im zuständigen Bundesministerium und der Gesetzgeber im Interesse der psychisch Kranken und Behinderten eine sachgerechte und mutige Lösung der aufgezeigten Probleme finden und durchsetzen werden.

Bundesärztekammer
Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

20. Dezember 1977

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung zahlreicher Änderungsanträge faßte der 80. Deutsche Ärztetag einstimmig mit wenigen Enthaltungen folgende Entschließung (Umdrucke-Nr. 3/1, 3/1 a, 3/1 b, 3/1 c [teilweise] und 3/1 f.):

I.

Über die Mängel und den Nachholbedarf in der Versorgung psychisch Kranker und psychisch Gefährdeter beunruhigt, beschloß der Vorstand der Bundesärztekammer 1969, auf dem 73. Deutschen

Ärztetag in Stuttgart, dieses damals von der Öffentlichkeit nicht beachtete schwerwiegende Problem zu behandeln. Im Anschluß an einen Bericht von Professor Dr. Schulte/Tübingen über die Situation der psychisch Kranken und Gefährdeten beschloß der Deutsche Ärztetag sehr nachdrückliche Empfehlungen zur Verbesserung der Hilfe für diese Menschen. Dieser Beschluß wandte sich an Öffentlichkeit und zuständige Stellen. Die Behebung akuter Notstände durch kurzfristig realisierbare Maßnahmen wurde gefordert und eingehend begründet.

Mit der Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik befaßte sich erneut der 77. Deutsche Ärztetag 1974 in Berlin. In einem Beschluß wurde festgestellt, daß seit dem Stuttgarter Ärztetag 1970 keine entscheidende Verbesserung eingetreten sei. Die Bereitstellung größerer Finanzierungsmittel für leistungsfähigere psychiatrische Krankenhäuser stand an erster Stelle der Forderungen.

Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — die Psychiatrie-Enquete — wurde am 25. November 1975 dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Dr. Focke, übergeben und am gleichen Tag von dieser dem Deutschen Bundestag zugeleitet mit einem Begleitschreiben, das schon damals darauf hinwies, ‚daß die Realisierung nur sehr langsam und abgestuft möglich ist und zusätzliche Mittel angesichts der angespannten Finanzlage der Kostenträger gegenwärtig nicht aufgebracht werden können.' Für den umfangreichen und umfassenden Bericht ist den Mitgliedern der Kommission zu danken. Einzelne Bereiche in diesem Bericht sind allerdings sehr unterschiedlich gewichtet. Dabei dürfte die Zusammensetzung der Enquete-Kommission sicher eine bedeutende Rolle gespielt haben. Nur ein niedergelassener Nervenarzt war in die Kommission berufen worden, obwohl weitaus die meisten psychisch Gestörten und Kranken von niedergelassenen Nervenärzten ambulant behandelt werden. Allerdings waren es die in psychiatrischen Großkrankenhäusern beklagten Mängel, die das öffentliche Interesse wachriefen und letztlich auch zur Beantragung einer umfassenden Untersuchung im Deutschen Bundestag (CDU-Abgeordneter Picard) führten.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat eine Kosten- und Planungsstudie in Auftrag gegeben. Die Veröffentlichung des Ergebnisses, die Stellungnahme der Bundesregierung zur Pychiatrie-Enquete und die Beratung des Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland im Deutschen Bundestag stehen noch aus.

II.

Der 80. Deutsche Ärztetag 1977 in Saarbrücken hat sich erneut mit der Versorgung psychisch Gestörter, Kranker und geistig Behinderter befaßt in der Sorge, daß die bereitzustellenden Mittel trotz des umfassenden Berichtes in keiner Weise den Anforderungen entsprechen, die Voraussetzung für dringend notwendige Verbesserungen sind. Nach den umfassenden Referaten der Professoren Schimmelpenning/Kiel und Heinrich/Düsseldorf und nach eingehender Diskussion faßte der 80. Deutsche Ärztetag folgenden Beschluß:

„Verbesserung der Versorgung psychisch kranker und gestörter Patienten sowie geistig Behinderter sind überfällig. Der Deutsche Ärztetag begrüßt daher, daß in der Öffentlichkeit das Interesse und Verständnis für die Versorgung dieser Patienten gewachsen ist. Der Grundforderung unter den von der Psychiatrie-Enquete aufgestellten Prioritäten nach Beseitigung grober, inhumaner Mißstände, die jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen habe, stimmt der Deutsche Ärztetag voll zu, ebenso den in der Prioritätenliste folgenden Rahmenbedingungen,

— dem Prinzip der gemeindenahen Versorgung

— dem Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten

— dem Prinzip einer bedarfsgerechten Koordination

— dem Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Besondere Bedeutung muß folgenden Schwerpunkten zuerkannt werden:

1. Ausgliederung der geistig Behinderten aus den psychiatrischen Krankenhäusern und zeitgemäße Versorgung der Behindertengruppe.
2. Eine bessere Versorgung psychisch kranker alter Menschen unter Berücksichtigung der Multimorbidität durch Ausbau von Alten- und Altenpflegeheimen mit entsprechender ärztlicher Versorgung.
3. Eine den therapeutischen Ansprüchen des Kranken und den Sicherheitsbedürfnissen der Öffentlichkeit entsprechende Unterbringung psychisch kranker Rechtsbrecher außerhalb der psychiatrischen Landeskrankenhäuser.
4. Eine weitere Herabsetzung der Bettenzahl psychiatrischer Großkrankenhäuser. Dabei dürfen aber Patienten nicht in solche Heime abgeschoben werden, in denen keine ausreichenden Möglichkeiten zur Aktivierung, Rehabilitation und Behandlung gegeben sind.
5. Die Einrichtung ausreichend großer psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemein-Krankenhäusern mit der Verpflichtung zur Übernahme entsprechender Aufgaben ihres Versorgungsgebietes.
6. Die Verbesserung und Versorgung von psychisch auffälligen und gestörten Kindern und Jugendlichen.
7. Die Verbesserung der Versorgung von Suchtkranken, insbesondere Alkoholikern.
8. Die Schaffung komplementärer Einrichtungen (Tages- und Nachtkliniken, Behindertenheime, Behindertenwerkstätten, beschützende Wohnungen, Übergangsheime).

9. Die Förderung der Forschung zur Verhütung und Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten.
10. Die Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten in Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischer Psychologie sowie in Kinder- und Jugendpsychiatrie. Besonders vordringlich sind diese Maßnahmen für den Arzt für Allgemeinmedizin, da der Praktische Arzt die Hauptlast der psychiatrischen Versorgung trägt.
11. Die Ermutigung und die Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller im Bereiche der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufe.
12. Die Förderung der Zusammenarbeit von Ärzten, Schwestern, Pflegern und Beschäftigungstherapeuten mit Pädagogen, Psychologen, Seelsorgern, Sozialarbeitern und Juristen.

Der Deutsche Ärztetag weist besonders auf die Bedeutung der Vorbeugung von psychischen Belastungen und Konflikten hin: Kindheit, Elternhaus, weitere Familie, Freunde, Schule, Arbeitsplatz sind von großem Einfluß. Überschaubare Gemeinschaften können den Verlust an zwischen- und mitmenschlichen Bindungen mildern, der durch modernen Hochhauswohnungsbau, durch propagierte, oft notwendige Mobilität und durch mehrfachen Berufswechsel gefördert wird. Gemeindenahe, am besten noch im Rahmen der Familie mögliche Versorgung erleichtert Resozialisierung und Rehabilitierung. Dazu trägt die Versorgung durch den niedergelassenen Nervenarzt, Internisten, Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder durch den Allgemeinarzt bei, die ein vertrauensvolles persönliches Verhältnis über lange Zeit erhalten kann. Wahrung von Diskretion und Intimsphäre haben gerade bei psychisch Gestörten und Kranken eine ebenso große Bedeutung wie die Kenntnis der persönlichen Verhältnisse und der Umgebung des Hilfesuchenden.

Das notwendige Differenzieren der körperlichen, psychologischen und sozialen Diagnostik ist aber mit einer Verantwortung verbunden, die wegen der Risiken für den Patienten nur der Arzt tragen kann, weil er auch in der Diagnostik des Organischen erfahren ist.

Die endlich notwendige Verbesserung der Versorgung der gerade am meisten betroffenen psychisch Schwerkranken und geistig Behinderten darf nicht unter einer Ausweitung des Krankheitsbgeriffes leiden, der jede Störung des Wohlbefindens zu Lasten der Solidargemeinschaft behandlungsbedürftig macht. Vor einer Psychiatriesierung der Gesellschaft, die jede soziale Abweichung als psychische Erkrankung empfindet, die der Behandlung bedarf, muß im Interesse der Freiheit der Menschen gewarnt werden. Not, Sorgen, Enttäuschungen und selbst schwerste Konflikte sind als solche keine Krankheit, auch wenn sie krankmachende Faktoren darstellen können. Trost und Beratung müssen hier nicht nur vom Arzt kommen. Demgegenüber ist rechtzeitige Psychotherapie zu fordern bei Patienten, die ihrer auf Grund psychischer Störungen wirklich bedürfen.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die Regierungen von Bund und Ländern, an die verantwortlichen Mandatsträger in Kreisen, Städten und Gemeinden, sofortige Verbesserungen der Versorgung psychisch gestörter und kranker Menschen sowie geistig Behinderter als vordringlich öffentliche Aufgabe anzuerkennen und die für jede Reform notwendigen materiellen und personellen Voraussetzungen zu schaffen. Die Psychiatrie-Enquete hat hierzu wichtige Impulse gegeben. Der Deutsche Ärztetage appelliert daher an die Öffentlichkeit mit den Worten der Psychiatrie-Enquete:

„Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muß sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel sie einsetzen will, das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind."

Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

Auf Antrag von Dr. Nevermann und weiteren Kollegen und unter Berücksichtigung von zwei Änderungsanträgen faßte der 80. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung (Umdrucke-Nr. 3/2 und 3/2 b):

„Der 80. Deutsche Ärztetag begrüßt die seit Verabschiedung seiner Entschließungen auf dem 77. Deutschen Ärztetag 1974 sowohl innerhalb der Ärzteschaft wie in der Öffentlichkeit in erfreulicher Breite in Gang gekommenen Bestrebungen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter.

Die Entwicklung medikamentöser Behandlung, psychotherapeutischer und rehabilitativer Methoden, neuer Versorgungsmodelle und therapeutisch wirksamerer Formen sozialer Betreuung haben es ermöglicht, viele psychische Krankheiten erfolgreich zu behandeln und bislang für unheilbar gehaltene Leiden zu beeinflussen. Der Deutsche Ärztetag hat dieser Feststellung der Psychiatrie-Enquete bereits 1974 Rechnung getragen und im Hinblick auf die bestehenden Verhältnisse in der Bundesrepublik festgestellt, daß die Hilfe für diese Kranken nicht dem entspricht, was nach dem heutigen Stand der Psychiatrie notwendig und auch möglich wäre. Der Deutsche Ärztetag unterstützt daher die Konkretisierung und Realisierung aller Maßnahmen, die diese Möglichkeiten ausschöpfen.

Unter Rückgriff auf seine früheren Entschließungen und unter Berücksichtigung der seither vorgelegten Vorschläge, insbesondere des Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, erhebt der Ärztetag folgende Forderungen:

„1. Alle Planungen und Realisieurngsschritte müssen sich an grundsätzlichen Zielen orientieren. Hierzu gehören die rechtliche Gleichstellung der seelisch Kranken oder Behinderten mit körperlich Kranken und Behinderten, die Anerkennung der Psychiatrie und Psychotherapie als medizinische und soziale Disziplin von großer Bedeutung innerhalb des Gesundheitswesens,

die Erfüllung des Anspruchs aller psychisch Kranken und Behinderten auf ein menschenwürdiges Dasein im Rahmen einer Gesellschaft, die sie akzeptiert und damit die Aufklärung und Einbeziehung der Öffentlichkeit in die Hilfen für alle Betroffenen.

2. Zur Erreichung dieser Ziele sind strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, die von den vorhandenen Einrichtungen ausgehen, diese einbeziehen und sinnvoller nutzen sowie ergänzen. Wesentliches Erfordernis ist hierbei eine dezentralisierte, gemeindenahe Versorgung, die überschaubar bleibt, dabei aber allen Bürgern der Region ein ausreichend differenziertes Angebot an stationären, teilstationären, ambulanten und beratenden Diensten anbietet, ohne ihnen diese Dienste aufzwingen zu wollen. Hierbei kommt einer verpflichtenden Koordination aller an der Versorgung beteiligten Institutionen und ihrer Träger eine besondere Bedeutung zu, um das vielseitig vorhandene Potential optimal zu nutzen und eine bessere Zusammenarbeit zu gewährleisten.

3. Im stationären Bereich muß die inzwischen begrüßenswerterweise an vielen Stellen eingeleitete Sanierung der psychiatrischen Krankenhäuser weitergeführt und die Bettenzahl von Großkrankenhäusern weiter reduziert werden. Der Deutsche Ärztetag wiederholt mit Nachdruck diese Forderungen aus seinen früheren Entschließungen und betont die Notwendigkeit, ausreichend dimensionierte gemeindenahe stationäre Einrichtungen auch an geeigneten Allgemeinkrankenhäusern zu schaffen.

4. Als eine entscheidende Voraussetzung zur Entlastung der psychiatrischen Großkrankenhäuser, zur Vermeidung unnötiger oder zu langer und damit auch kostenungünstiger stationärer Behandlungen ist der Ausbau aller ambulanten, beratenden, teilstationären und Übergangseinrichtungen anzusehen. Die heutigen Möglichkeiten auf dem Gebiet der Vorbeugung und der Wiedereingliederung können nur bei einer Intensivierung solcher Dienste ausgeschöpft werden. Die Förderung, Koordination und fachliche Durchdringung kommunaler und gemeinnütziger Beratungsstellen sowie die kooperative Verflechtung der Psychiatrie mit sozialen, psychologischen und sonderpädagogischen Diensten aller Art ist hier ebenso von Bedeutung wie die gemeindenahe Versorgung in der nervenärztlichen und psychotherapeutischen Praxis und im Rahmen der ambulanten Dienste von psychiatrischen Krankenhäusern, die vor allem in unterversorgten Regionen zu einer Verbesserung des Angebotes beitragen können. Besonders wichtig sind ferner die vom Deutschen Ärztetag bereits mehrfach hervorgehobenen halbstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtkliniken, der Übergangs- und Wohnheime und der beschützenden Werkstätten, deren Entwicklung durch die überfälligen verbindlichen Regelungen mit den Kostenträgern beschleunigt werden muß.

5. Die Weiterentwicklung der Versorgung muß berücksichtigen, daß den Bedürfnissen bestimmter Patientengruppen ausreichend Rechnung getragen wird. Die Versorgung dieser Gruppen, vor allem der psychisch gestörten und kranken Kinder und Jugendlichen, der psychisch kranken alten Menschen, der Drogen- und insbesondere der Alkoholabhängigen, der Epilepsiekranken sowie der geistig Behinderten sollte zwar in die allgemeine Versorgung integriert werden, soweit dies möglich ist. Es sind jedoch für diese Gruppen auch Sondereinrichtungen, in bestimmten Fällen auch auf überregionaler Ebene, erforderlich, um ihren jeweiligen speziellen Bedürfnissen gerecht zu werden und eine ausreichend differenzierte Behandlung, Betreuung und Versorgung zu gewährleisten. Der Deutsche Ärztetag hat diese Notwendigkeit bereits in früheren Entschließungen unterstrichen und betont mit Nachdruck die besondere Dringlichkeit einer verbesserten Versorgung für Kinder und Jugendliche, für Alkoholkranke und für die psychisch kranken alten Menschen. Die Lösung der Frage der Unterbringung psychisch kranker Straftäter bedarf besonderer Anstrengungen.

6. Angesichts der wachsenden Anzahl der psychosomatisch Kranken spricht der Deutsche Ärztetag sich nachdrücklich für die Einrichtung allgemeinmedizinisch-psychosomatischer Abteilungen für akute Krankheiten an allen Universitäten und an großen allgemeinen Krankenhäusern aus, damit der psychosomatischen Forschung neue Möglichkeiten eröffnet und die Erkenntnisse der psychosomatischen Medizin in größerem Umfang als bisher in die klinische Praxis umgesetzt werden.

7. Es ist für eine menschenwürdige und den heutigen Möglichkeiten entsprechende Psychiatrie nicht ausreichend, solche bürokratischen und hierarchischen Organisationsstrukturen abzubauen, die der Verwirklichung der Menschenrechte auch für die psychisch Kranken ohne zwingende Notwendigkeit entgegenstehen und den Patienten aktiver in die Behandlung einbeziehen. Eine verantwortliche Mitbeteiligung aller in der Versorgung tätigen Berufsgruppen setzt darüber hinaus die Entwicklung besserer Aus-, Weiter- und Fortbildungsgänge voraus. Diese müssen an den Bedürfnissen der Praxis und im Hinblick auf spätere koordinierte und integrierte Tätigkeiten der verschiedenen Berufe ausgerichtet sein und müssen gewährleisten, daß alle in der Versorgung Tätigen, trotz unterschiedlicher Akzentuierungen ihrer praktischen Arbeit, grundsätzlich in der Lage sind, die Bedeutung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren für die Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten, Störungen und Behinderungen zu würdigen. Die Schulung des eigenen Verhaltens und der eigenen Einstellung gegenüber den zu Betreuenden durch die hierzu bereitstehenden Techniken und Selbsterfahrung muß in den Bildungsgängen vermehrt berücksichtigt werden.

8. Der Deutsche Ärztetag muß insbesondere auf die Bedeutung der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte hinweisen. Auf dem Gebiet der Psychiatrie sollten die ärztlichen Ausbildungsmöglichkeiten durch eine stärkere Berücksichtigung der ambulanten Versorgung verbessert werden sowie durch die Einbeziehung der psychiatrischen Krankenhäuser. Eine solche Einbeziehung wird in der Ausbildung dem künftigen Arzt anderer Disziplinen einen praxisgerechteren Einblick vermitteln. In der Weiterbildung zum Facharzt ist die Einbeziehung der psychiatrischen Krankenhäuser zwar weitgehend bereits obligatorisch, sie ist jedoch in der Praxis strikter durchzuführen. Der Deutsche Ärztetag empfiehlt ferner auch die Einführung einer Tätigkeit auf dem halbstationären oder auf dem ambulanten, nachsorgenden oder beratenden Sektor (Nervenarzt, ambulanter Krankenhausdienst, psychiatrische Dienste der Gesundheitsämter, sozialpsychiatrischer Dienst).

   Besonders nachdrücklich muß auch die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie gefordert werden.

9. Besondere Bedeutung kommt nach Ansicht des Deutschen Ärztetages der psychotherapeutischen Versorgung zu, die einer entscheidenden Verbesserung bedarf. Der Deutsche Ärztetag weist darauf hin, daß eine solche Verbesserung besonders eng an Voraussetzungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung geknüpft ist. Bezüglich der Ausbildung ist eine bessere Berücksichtigung dieser Belange durch die jetzige Approbationsordnung eingeleitet. Für die Weiterbildung scheint es vordringlich notwendig, die psychotherapeutischen Kenntnisse und Fähigkeiten aller Ärzte durch Intensivierung der Bildungsgänge auf diesem Gebiet zu verbreitern und zu verbessern. Vordringlich ist ferner eine einheitlichere Regelung des Weiterbildungsganges für die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie", zu deren Erwerb auch praktische Ärzte — Ärzte für Allgemeinmedizin — sowie Ärzte aus anderen Fachgebieten motiviert werden sollten."

Verbesserung der ärztlichen Versorgung psychisch Kranker

Auf Antrag von Dr. Braun und weiteren Kollegen faßte der 80. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung (Umdruck-Nr. 3/9):

1. „Die vorhandenen Probleme der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung sind in erster Linie begründet in der zu geringen Anzahl von psychiatrisch und insbesondere psychotherapeutisch tätigen Ärzten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Daher muß die Tätigkeit des Psychiaters so gestaltet werden, daß mehr Ärzte diese Tätigkeit anstreben.

2. Den am Krankenhaus tätigen Psychiatern muß bei Bedarf mehr als bisher die Möglichkeit der persönlichen Ermächtigung oder Beteiligung eingeräumt werden, um das psychiatrische Fachgebiet auch für den angestellten Arzt interessanter zu machen.

3. Es muß die Möglichkeit belegärztlicher Tätigkeit für niedergelassene Psychiater an Akut-Krankenhäusern geschaffen werden. Dies würde eine Entlastung der Landeskrankenhäuser mit sich bringen. Die stationäre Versorgung der Patienten in Landeskrankenhäusern würde verbessert. Eine ortsnahe Behandlung psychisch Kranker könnte besser als heute gewährleistet werden.

4. In den Alten- und Pflegeheimen müssen belegärztlich versorgte Krankenabteilungen für Patienten mit psychiatrisch-neurologischen Krankheitsbildern eingerichtet werden. Dadurch würde eine Einweisung von psychiatrisch-geriatrischen Fällen in psychiatrische Landeskrankenhäuser oder Akut-Krankenhäuser mit psychiatrischer Abteilung unnötig. Diese Abteilungen würden zu einer Entlastung von Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken von psychiatrisch- und geriatrischen Fällen führen. Die sozialen Vorteile und die möglichen Kostenersparnisse liegen auf der Hand.

5. Die Bildung von Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften zwischen

   niedergelassenen Psychiatern und

   belegärztlich tätigen Psychiatern und

   beteiligten, am Krankenhaus tätigen Psychiatern

   sollte gefördert werden. Damit würde eine orts- und patientennahe sowie kostengünstige Versorgung gefördert.

6. Die Gebührenordnung für Ärzte müssen differenziertere psychiatrische Leistungen aufweisen. Die Neuordnung der E-Adgo in diesem Bereich kann als erster Schritt begrüßt werden. Die im Bewertungsmaßstab-Ärzte aufgeführten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen sind hingegen zu wenig diffferenziert."

Dezentralisierung psychiatrischer Krankenhäuser

Der 80. Deutsche Ärztetag beschloß, den Antrag von Dr. Grassl und weiteren Kollegen (Umdruck-Nr. 3/3) zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer zu überweisen. Der Antrag lautet:

> „Durch Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenhäuser bleibt der Kontakt des psychisch Kranken zur Familie und zur Umwelt mehr erhalten und wird eine eventuelle Rückholung in die Familie oder die bisherige Wohngemeinschaft möglich gemacht. Neben den freipraktizierenden Psychiatern sind vor allem die Allgemeinärzte und Kinderärzte viel mehr in die psychische Betreuung einzuschalten und dazu auch in Ausbildung und Weiterbildung vorzubereiten. Auch die Kräfte der Sozialstationen und die freiwilligen Helfer der Nachbarschaftshilfen sind mehr damit zu befassen, psychisch kranke alte und junge Menschen zu versorgen, zu betreuen und ihnen

beizustehen. Dabei sind die überall im Lande bestehenden oder noch aufzubauenden Ketten offener Vor- und Nachsorgeeinrichtungen mit einzubeziehen."

Erhaltung überregionaler Privatkrankenhäuser

Der 80. Deutsche Ärztetag beschloß, den Antrag von Dr. Viergutz und weiteren Kollegen (Umdruck-Nr. 3/4) zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer zu überweisen. Der Antrag lautet:

„Die überregionalen Privatkliniken auf dem Sektor der Psychiatrie müssen, weil sie dringend für die stationäre Versorgung psychisch Kranker erforderlich sind, unbedingt erhalten werden.

Begründung:

Unter restriktiver Auslegung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird in Krankenhausplänen mancher Länder mit allen Mitteln zu verhindern gesucht, daß private psychiatrische Krankenhäuser existenzfähig bleiben. Es ist ihnen nicht möglich, aus den ihnen gewährten Pflegesätzen ihre Existenz zu erhalten.

Im Interesse einer ausreichenden stationären Versorgung psychisch Kranker sind die Verantwortlichen in Bund und Ländern deshalb mit aller Dringlichkeit aufgerufen, unverzüglich Schritte für die Sicherheit der Existenz solcher überregionaler psychiatrischen Privatkliniken zu ergreifen."

Ergebnisse des 73. Deutschen Ärztetages 1970

7. Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke und Gefährdete

„Der Deutsche Ärztetag dankt für den ihm durch Professor Schulte, Tübingen, im Auftrage des Vorstandes der Bundesärztekammer erstatteten Bericht über die Situation der psychisch Kranken und Gefährdeten und die Möglichkeiten zur Verbesserung der Hilfe für diese Menschen. Die ihm vom Referenten im Benehmen mit dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde vorgelegte Zusammenfassung wird hiermit der Öffentlichkeit und den zuständigen Stellen in Bund und Ländern mit der dringenden Bitte übergeben, dafür zu sorgen, daß den darin gegebenen Empfehlungen entsprochen wird."

Zusammenfassung

Viele Millionen Menschen in der Bundesrepublik müssen damit rechnen, im Laufe ihres Lebens an psychischen Störungen zu erkranken und mindestens 1,2 Millionen Menschen leiden an ernsten psychotischen Erkrankungen. Obwohl eine optimale Versorgung dieser Kranken auch gesundheitspolitisch von größter Bedeutung ist, entspricht die Versorgung psychisch Kranker nicht dem, was nach dem heutigen Stand der Psychiatrie nötig und möglich wäre. Im Vergleich zu einigen anderen Ländern ist sie weit ins Hintertreffen geraten.

Leider ist in der Bevölkerung noch nicht hinreichend bekannt, in welchem Umfange erfolgversprechende somatotherapeutische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und präventive Behandlungsmethoden, die heutzutage zur Verfügung stehen, mangels räumlicher, apparativer und vor allem personeller Ausstattung und Ausbildung nicht genutzt werden können. Auch in der Gesetzgebung haben diese neuen großen Möglichkeiten der Medizin noch nicht ausreichend Niederschlag gefunden.

Um die Heilungschancen psychisch Kranker zu verbessern, ist es notwendig, Vorurteile in der Bevölkerung zu beseitigen, die eine erfolgversprechende Behandlung behindern. Ebenso sollte jede unnötige Beunruhigung der Bevölkerung vermieden werden. Sachgerechte Mithilfe von Presse, Funk und Fernsehen gerade hierbei ist entscheidende Voraussetzung für das Gelingen solcher Bemühungen.

Aus diesen Gründen müssen akute Notstände durch kurzfristig realisierbare Maßnahmen behoben werden. Durch eine mittel- und langfristige Planung sind die Hilfen für psychisch Kranke auf Dauer nachhaltig zu verbessern. Im einzelnen wird dazu vorgeschlagen:

1. Verbesserung der stationären psychiatrischen Krankenpflege (intramurale Einrichtungen)

Intramurale Einrichtungen in der stationären psychiatrischen Pflege und Behandlung zielen nicht auf Verwahrung und Ausgliederung der Patienten ab, sondern streben eine situationsgerechte Behandlung, Heilerziehung und Vorbeugung an. Dabei ist es mit einer Vergrößerung der Bettenzahl in psychiatrischen Landeskrankenhäusern allein keineswegs getan. Nötig ist eine Umstrukturierung der vorhandenen Institutionen: Öffnung, Verkleinerung und Differenzierung der Behandlungsfelder und Lokalisierung in den Ballungszentren.

Dazu sollten an Allgemeinkrankenhäusern vermehrt psychiatrische Abteilungen eingerichtet und Großanstalten in kleinere Einheiten aufgeteilt werden. Erforderlich sind weiter funktionsorientierte Sondereinrichtungen in Jugendpsychiatrie, Adoleszentenpsychiatrie und vor allem Geriatrie; das gleiche gilt für Einrichtungen für Epileptiker, für Süchtige und Alkoholkranke und für geistig Behinderte und Schwachsinnige.

Mit der „kleinen Strafrechtsreform" wurden die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, um die Be-

handlung straffällig gewordener psychisch kranker Menschen zu verbessern. Auch dazu sollten die notwendigen stationären psychiatrischen Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen, also die sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen, so schnell wie möglich geschaffen werden.

2. Ausbau der extramuralen Einrichtungen, einschließlich psychotherapeutischer Behandlungs- und Ausbildungsstätten

Zum Nachteil vieler kranker Menschen, denen heute angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten fehlen, ging die ehemals führende Stellung, die Deutschland auf dem Gebiet der psychiatrischen Außenfürsorge hatte, verloren. Unter Mitarbeit der Niedergelassenen Nervenärzte und erfahrener Psychotherapeuten sollten im Interesse der Psychohygiene, der Sozialpsychiatrie und der Vorbeugung vermehrt Übergangseinrichtungen, beschützende Werkstätten, Tag- und Nachtkliniken, Krisenberatungsstellen und Sozialklubs, nicht zuletzt aber auch psychotherapeutische Behandlungs- und Ausbildungsstätten geschaffen werden.

3. Sofortmaßnahmen gegen den Mangel an Psychiatern und Psychotherapeuten sowie vor allem an psychiatrischem Pflegepersonal

Am stärksten wird eine modernen Erkenntnissen entsprechende psychiatrische Versorgung und Behandlung behindert durch den Mangel an Psychiatern, Psychotherapeuten und psychiatrisch geschultem Pflegepersonal.

Die neue Approbationsordnung für Ärzte sieht eine bessere Integration der Ausbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin vor. Ihre baldige Einführung liegt daher im besonderen Interesse auch der psychiatrischen Krankenversorgung, sofern eine Vermehrung der Stellen für Dozenten, Instruktoren, wissenschaftliche Assistenten und klinische Psychologen damit verbunden ist. Die Einleitung psychotherapeutischer Behandlungen (analytisch orientierte Psychotherapie, Ich-stützende Therapie, Verhaltenstherapie) ist in so vielen Fällen indiziert, daß die kleine Zahl von Therapeuten dem großen Bedarf an notwendiger Versorgung nicht gerecht werden kann. Deshalb müssen dringend weitere Ausbildungs- und Behandlungsstätten geschaffen werden.

Am katastrophalsten ist aber der Mangel an Schwestern und Pflegern, Sozialarbeitern und Fürsorgern. Hier sollten neben einer Vermehrung der Planstellen sofortige Bemühungen einsetzen, diese Tätigkeiten attraktiver zu gestalten. Außer besserer Bezahlung gehören dazu auch Maßnahmen, die den sozialen Status des Pflegepersonals der Bedeutung seiner Tätigkeit entsprechend heben.

4. Intensivierung der Forschung

Die Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie sollte intensiviert werden, um sowohl die körperlichen Grundlagen der Krankheiten wie auch ihre psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten weiter zu klären, vor allem aber, um auch die psycho- und soziodynamisch entscheidenden Entstehungsbedingungen und die sich aus ihnen ergebenden Konsequenzen für die Therapie und Prophylaxe besser zu erkennen. Forschungszentren hierfür sollten über die Universitätskliniken hinaus an psychiatrischen Landeskrankenhäusern und psychotherapeutischen Ausbildungsstätten errichtet werden.

Die Bevölkerung der Bundesrepublik muß aufgerufen werden, mehr Verständnis für ihre psychisch kranken Mitmenschen aufzubringen. Dazu ist auf die neuen großen Möglichkeiten der modernen Psychiatrie hinzuweisen, die bei vielen früher unheilbar scheinenden Erkrankungen heute eine weitgehende Eingliederung in Beruf und Familie ermöglichen. Oft ist eine solche Eingliederung geradezu Voraussetzung für eine erfolgreiche psychiatrische Behandlung. Presse, Rundfunk und Fernsehen sollten es sich zur Aufgabe machen, die Ärzte gerade in diesem Bereich bei der Aufklärung der Bevölkerung zu unterstützen.

Der Gesetzgeber wird gebeten, noch bestehende Unterbringungs- und Verwahrungsgesetze abzulösen zugunsten von Regelungen, die auf Fürsorge und Behandlung abzielen. In diesem Zusammenhang muß vor dem falschen und gefährlichen Weg gewarnt werden, der im Rahmen eines den gesetzgebenden Körperschaften zur Zeit vorliegenden Gesetzentwurfes über ein Bundeszentralregister vorgesehen ist: Nach diesem Gesetzentwurf sollen psychisch Kranke wie rechtskräftig verurteilte Gesetzesbrecher zwangsweise registriert werden. Durch eine solche Diskriminierung würden die Heilungschancen und damit die Resozialisierung psychisch Kranker erheblich behindert.

Ergebnisse des 74. Deutschen Ärztetages im Mai 1971

Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker

„Der 74. Deutsche Ärztetag vertritt den Standpunkt, daß die Behandlung psychisch Kranker sozialrechtlich der Behandlung körperlich Kranker angeglichen werden muß. Er fordert die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser, aber auch die Bundesregierung, die Regierungen der einzelnen Länder der Bundesrepublik einschließlich West-Berlin und die Kommunen auf, alles zu tun, um die Lage der psychisch Kranken zu verbessern.

Zu den vordringlichen Aufgaben gehören nach Auffassung des Deutschen Ärztetages:

— Die Einrichtung psychiatrischer Fachabteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern, besonders dort, wo neu geplant und gebaut wird,

— die Sanierung und Entflechtung der vorhandenen psychiatrischen Großkrankenhäuser mit Ausweitung der Stellenpläne,

— die Schaffung flankierender Übergangs- und Rehabilitationseinrichtungen (Tages- und Nachtkliniken, Wohnheime, Tagesstätten, beschützende Werkstätten, Rehabilitationsbetriebe, Beratungsstellen) zum Zweck einer möglichst weitgehenden Ersetzung der Anstaltsbehandlung durch eine ambulante Versorgung der psychisch Kranken,

— die Einrichtung von Tagesstätten für alte Menschen, von Heimen für pflegebedürftige Alterskranke und von geriatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern,

— die Vermehrung der Sonderabteilungen zur Behandlung von Suchtkranken,

— die Vermehrung der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen,

— die Einrichtung von Heimen mit beschützenden Werkstätten für geistig Behinderte im Erwachsenenalter,

— die Intensivierung der Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie,

— die Einrichtung von Forschungsstellen an psychiatrischen Landeskrankenhäusern.

An die Landesjustizverwaltungen richtet der Deutsche Ärztetag die Bitte, den von der Strafrechtsreform vorgesehenen Aufbau sozialtherapeutischer Anstalten zu beschleunigen."

77. Deutscher Ärztetag 1974

II. Psychiatrie

a) Mißbrauch der Psychiatrie

Auf Antrag von Dr. Adam und weiteren Kollegen (Umdruck Nr. 11) und unter Berücksichtigung des Änderungsantrages von Dr. Pfotenhauer (nicht umgedruckt) faßte der 77. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Der Deutsche Ärztetag nimmt mit Erschütterung Berichte vom Mißbrauch der Psychiatrie zur Kenntnis. Er verurteilt jeden Mißbrauch ärztlichen Handelns für politische Zwecke. Seine Anteilnahme gilt allen, die durch eine staatlich diktierte, pervertierte Psychiatrie der Menschenrechte beraubt, gepeinigt und entwürdigt sind."

b) Die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik

Auf Antrag von Dr. Mayer, Dr. Zander und weiteren Kollegen (Umdruck Nr. 30) und unter Berücksichtigung des Ergänzungsantrages von Dr. Schlosser (nicht umgedruckt) faßte der 77. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Die Fortschritte der wissenschaftlichen Psychiatrie und die großen Veränderungen der sozialen Lebensbedingungen in der modernen Industriegesellschaft machen es nötig, die derzeitige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung weiter zu entwickeln und soweit möglich auch Veränderungen innerhalb unseres Systems stationärer und ambulanter Behandlung psychisch Kranker herbeizuführen. Jede Reform muß aber an die in Deutschland historisch entstandenen Gegebenheiten anknüpfen, zumal die ärztliche Versorgung psychisch Kranker hierzulande — abgesehen von den Zerstörungen der NS-Zeit — nicht schlechter war und ist als in anderen vergleichbaren Ländern. Utopische „Gesamtversorgungspläne" hingegen, die noch dazu von einem unzulässig erweiterten Krankheitsbegriff ausgehen, können die möglichen und dringend notwendigen Reformen nur verzögern, vielleicht sogar bis zu einer Zeit, in der wieder neue Erkenntnisse und auch neue Utopien eine ganz andere Gesamtplanung als modern erscheinen lassen.

Die erforderlichen Veränderungen müssen darum innerhalb der grundgesetzlich garantierten humanen und freiheitlichen Rechts- und Sozialordnung entwickelt werden, so wie dies auch in den „Grundlagen der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft" niedergelegt ist. Insonderheit muß gerade im psychiatrischen Versorgungsbereich die rechtsstaatliche Garantie der Freiheit jedes einzelnen, seiner Familie und auch der ihn tragenden sozialen wie religiösen Gruppen vor kollektivistischen Übergriffen von Gesundheitsorganen beachtet werden. Zudem verlangt die Psychiatrie als vornehmlich persönlichkeitsgebundenes Fachgebiet den unmittelbaren und immer wieder leicht herstelltbaren Kontakt zwischen dem einzelnen Kranken und seinem Arzt. Die Behandlung psychisch Kranker im eigentlichen Sinne ist ohne diese persönliche Beziehung nicht möglich. Auch darum widerspricht eine an Institutionen gebundene ambulante Behandlung durch wechselnde Ärzte den elementaren psychiatrischen Notwendigkeiten.

Statt dessen wird vorgeschlagen:

1. *Die Lösung* der Probleme psychiatrisch Betreuungsbedürftiger, wie z. B. Alkoholiker, Drogensüchtiger, geistig Behinderter, Alterskranker, Hirnverletzter, geisteskranker Rechtsbrecher u. v. a. einzelner Gruppen in ihrer jeweiligen Besonderheit. Gewarnt werden muß vor der Utopie, die Versorgungsprobleme der psychisch Kranken im engeren Sinn mit denen der lediglich betreuungsbedürftigen psychisch Gestörten in einem „Gesamtplan" lösen zu wollen.

2. *Die Sanierung* der psychiatrischen Großkrankenhäuser.
3. *Die Verbesserung* der individuellen ärztlichen Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter in den sog. Übergangseinrichtungen (wie Behinderten-Werkstätte, Patientenclubs, Behinderten-Wohnhäusern u. v. a.), die zügig weiter ausgebaut werden müssen und unter der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege bleiben sollen.
4. *Die Einrichtung* einer psychiatrisch-neurologischen Abteilung an jedem Schwerpunktkrankenhaus.
5. *Die Einbeziehung* von Krankenhaus-Fachärzten der psychiatrisch-neurologischen Abteilungen, Kliniken und der großen Psychiatrischen Krankenhäuser in die ambulante kassenärztliche Versorgung, soweit die Klinik-Fachärzte es wünschen und die Versorgung der stationären Kranken nicht leidet.
6. *Die Einräumung* stationärer Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der klinischen Psychiatrie und Neurologie für Niedergelassene Nervenärzte nach dem Vorbild des amerikanischen Krankenhauswesens als konsultierende Ärzte.
7. *Die Anpassung* und Ausweitung des psychiatrischen und neurologischen Leistungskatalogs in der Gebührenordnung für Ärzte.
8. *Die Schaffung* weiterer stationärer Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie."

Auf Antrag von Dr. Stucke und weiteren Kollegen (Umdruck Nr. 57) faßte der 77. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Der Ärztetag stellt fest, daß seit der Erörterung der Fürsorge für psychisch Kranke und psychisch Gefährdete auf dem Ärztetag 1970 in Stuttgart die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik trotz vieler Bemühungen sich nicht entscheidend verbessert hat. Folgende Forderungen werden erhoben:

1. Bereitstellung größerer Mittel bei der Krankenhausfinanzierung zum Aufbau leistungsfähiger psychiatrischer Krankenhäuser.
2. Einrichtung psychiatrischer Abteilungen in den Schwerpunktkrankenhäusern im Hinblick auf eine gemeindenahe Psychiatrie.
3. Sanierung der bestehenden psychiatrischen Großkrankenhäuser entsprechend der jeweiligen Aufgabenstellung des einzelnen Krankenhauses in der Zukunft.
4. Ausbau von Übergangseinrichtungen und besonderen ambulanten Diensten (z. B. Tages- und Nachtkliniken, therapeutische Wohngemeinschaften, sozialpsychiatrische Beratungsstellen, Patienten-Clubs, Drogenberatungsstellen u. a.).
5. Vermehrte Ermächtigung von Fachärzten der psychiatrischen Kliniken an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung in der stationären Nachbehandlung, wenn dierdurch eine bessere Versorgung stattfindet."

Stellungnahme zur Planungsstudie

Die Bundesärztekammer hat die Planungsstudie der Firma Heinle, Wischer & Partner zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zur Kenntnis genommen. Die Vielzahl der in dieser Studie enthaltenen, schwer überschaubaren Funktionsschemata und Entscheidungsvarianten stützt sich nicht auf exakte Daten und Analysen, sondern auf grobe Bedarfsschätzungen, die von den Verfassern der Studie gemeinsam mit einigen Mitarbeitern der Sachverständigen-Kommission ermittelt wurden. Diese Werte sind — was beispielsweise den Bereich der „mittleren Personalausstattung" betrifft — bereits heute überholt und werden in den nächsten Jahren fortlaufend Überprüfungen und Korrekturen erforderlich machen. Aufgrund dieser Unsicherheit bei der Ermittlung der Bedarfszahlen zweifelt die Bundesärztekammer an dem Ergebnis der Planungsstudie, wonach „die Vorstellungen der Sachverständigenkommission nicht allein vom Standpunkt einer bedarfsgerechten Versorgung, sondern auch aus Kostensicht" die bessere Lösung gegenüber der bisherigen Versorgungsform bieten. Die Bundesärztekammer bedauert insbesondere, daß der Auftrag an die Planungsstudie begrenzt war auf die Ermittlung der Kosten, die bei der von Sachverständigen-Kommission empfohlenen *Neuordnung* des psychiatrischen Versorgungssystems entstehen würden. Demgegenüber ist festzustellen, daß gerade im Bereich der stationären Behandlungseinrichtungen auch heute noch vielfach grobe Mißstände bestehen, deren Beseitigung zunächst absolut vordringlich ist.

Trotz aller begrüßenswerten gemeindepsychiatrischen Aktivitäten darf nicht vergessen werden, daß auch in Zukunft eine große Zahl psychisch Kranker noch immer einer Hospitalisierung bedürfen und daß für viele von ihnen die Notwendigkeit besteht, sich über langdauernde oder sich wiederholende Zeitabschnitte hinweg stationär behandeln zu lassen. Es muß daher unbedingt vermieden werden, daß die nur begrenzten finanziellen Mittel in empirisch nicht ausreichend fundierte Vorhaben investiert werden, während diejenigen Patienten, die sich in psychiatrischen Krankenhäusern oder Heimen befinden, nicht adäquat untergebracht und behandelt werden. Gerade in der Bemühung um eine verbesserte psychiatrische Versorgung der Schwerst- und der chronisch Kranken und Behinderten sieht die Bundesärztekammer eine besonders wichtige Aufgabe. Demgegenüber müssen fragwürdige Experimente, wie z. B. die Modellerprobung sozialpsych-

iatrischer Behandlungszentren in Gesundheitsämtern absolut zurücktreten, zumal der vorgesehene Tag- und Nachtdienst im Gesundheitsamt bei der jetzigen Personalsituation in keiner Weise sichergestellt werden kann.

Außerdem könnte die Planungsstudie den Eindruck erwecken, als ginge es bei der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in der Zukunft nur um die Ausführung bereits endgültig festgelegter, ein für allemal getroffener Planungsentscheidungen. Demgegenüber sieht die Bundesärztekammer in dem Bericht der Sachverständigen-Kommission eine wertvolle Analyse des Ist-Zustandes und einen wichtigen Orientierungsrahmen für eine Verbesserung der Behandlungsbedingungen. Dieser Bericht kann aber weder die in der Psyachiatrie Tätigen noch die politisch Verantwortlichen von der Verpflichtung entbinden, die Prioritäten der psychiatrischen Versorgung und die Art ihrer Durchführung ständig an die wechselnden Bedürfnisse der Kranken und an den Fortschritt der wissenschaftlichen Kenntnisse und der praktischen Erfahrungen anzupassen.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.
Franz-Lohe-Str. 19, 5300 Bonn

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

20. Februar 1978

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Verbände sind traditionell sehr stark in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter engagiert. Es gibt kaum eine Patientengruppe, für die die Wohlfahrtsverbände keine Dienste und Einrichtungen zur Verfügung stellen, es gibt entsprechend kaum eine Einrichtungsart in der Psychiatrie, die in der freien Wohlfahrtspflege nicht vertreten ist. Deshalb haben wir durch eine Vielzahl von Diskussionsbeiträgen, Stellungnahmen, Arbeitshilfen und sonstigen Veröffentlichungen versucht, Impulse für eine Reform der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu geben. Die Vorlage der Planungsstudie zur Psychiatrie-Enquete und die Enquete selbst können daher nur ein, wenn auch wichtiger Anlaß sein, zu einigen der besonders zentralen und aktuellen Probleme Stellung zu nehmen.

1. Prävention

In kaum einem anderen Bereich sind die Wechselwirkungen von sozialen Bedingungen und Krankheiten so deutlich wie in der Psychiatrie. Sowohl bei Krankheitsverhütung als auch bei -entstehung und -behandlung spielen Umweltfaktoren eine oft beachtliche Rolle. Die Tätigkeit psychiatrischer Dienste und Einrichtungen stößt häufig deshalb auf Grenzen, weil sie diesen Rahmen innerhalb ihrer Möglichkeiten nicht verändern kann.

Es muß deshalb darauf geachtet werden, daß die in viele Politikbereiche fallenden Fragen der psychischen Gesundheit auch dort berücksichtigt werden.

2. Integration und Kooperation der Angebote

Wir unterstützen die Vorstellung der Psychiatrie-Enquete, nach der ein differenziertes, bedarfsgerechtes und integriertes Netz psychiatrischer Versorgung, das jeweils auf eine Region bezogen sein soll, zu entwickeln ist. Die Grundsätze der therapeutischen Kette und der therapeutischen Konstanz erfordern sowohl eine Ausdifferenzierung wie auch eine Verzahnung der Dienste und Einrichtungen in der Psychiatrie. Gerade bei dem Ausbau dieser Versorgungsketten ist allerdings die partnerschaftliche Zusammenarbeit der verschiedenen Organisationen und Träger von vorneherein anzuerkennen. Das Konzept dieser Verbundsysteme muß es den Wohlfahrtsverbänden erlauben, gemäß ihrer spezifischen Werthaltung Hilfe leisten zu können. Denn gerade dies ist Voraussetzung für den notwendigen und engagierten Einsatz der Laienhelfer. Ein Verbundsystem bedingt notwendigerweise, daß die einzelnen Elemente des Versorgungssystems prinzipiell gleichberechtigt und gleichgewichtig sind. Davon kann aber heute keine Rede sein. Die faktische Gleichstellung von Psychiatrie und Körpermedizin sowie die der verschiedenen Angebote in einer psychiatrischen Kette bildet hierzu einen wichtigen Teilschritt. Als Wohlfahrtsverbände treten wir dafür ein, daß sich die Planung im Rahmen allgemeiner staatlicher Vorgaben unter Einbeziehung der vor Ort gewonnenen Erfahrungen und vorhandenen Interessen vollzieht. Die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sollten deshalb so weit wie möglich mit Planungskompetenz ausgestattet sein. Die Instrumente dafür müssen von öffentlicher Seite zur Verfügung gestellt werden, wobei natürlich wegen der finanziellen Folgen, wegen des Prinzips der Gleichheit der Lebensbedingungen usw. Begrenzungen von seiten des Staates vorgenommen werden können.

Die unmittelbare Kooperation der im Versorgungsgebiet Tätigen wird von uns aber nicht nur wegen der so zu erreichenden optimalen Abstimmung im Rahmen einer Gesamtversorgung befürwortet. Wer sich für die Prinzipien der therapeutischen Kette und der therapeutischen Konstanz ausspricht, muß eine Kooperation suchen, bei der die Interessen der Patienten im Vordergrund stehen.

Aus diesem Grund hat sich die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege vor kurzem gegen die Praxis der Rentenversicherungen gewandt, immer häufiger die Vorschläge der Suchtkrankenberatungsstellen zu mißachten, den Patienten in die Klinik zu vermitteln, für die er vorbereitet wurde. Dies ist nur ein Beispiel dafür, wie die Interessen von Institutionen, die an der Versorgung beteiligt sind, denen der Patienten entgegenlaufen können.

Reformen in der Psychiatrie vollziehen sich derzeit sehr oft spontan. Sie gehen aus Initiativen von Mitarbeitern in psychiatrischen Krankenhäusern sowie von Wohlfahrtsverbänden und Helfergruppen hervor. Diese Spontaneität ist zu begrüßen, sie macht einen wesentlichen Teil der notwendigen Flexibilität der sozialen Arbeit aus. Bei dem großen und umfangreichen Werk der Reform der psychiatrischen Versorgung ist eine solche Motivierung und Zusammenarbeit der vorhandenen Kräfte und Institutionen unbedingt notwendig. Wie sehr häufig, so erweist sich aber auch hier, daß die im Verlaufe solcher Initiativen gewonnenen Erfahrungen zu generellen Regelungen verdichtet werden müssen, um so die originell bis chaotisch gestaltenen Bedingungen verläßlich zu regeln und gleiche Chancen zu schaffen. Deshalb treten wir dafür ein, daß in der Bundesrepublik eine Institution errichtet wird, die in der Lage ist, die vielfältigen Aktivitäten auf dem Gebiet der Psychiatrie zu erfassen, auszuwerten und so planungsrelevante Daten zu entwickeln. Diese Daten könnten dann für den eigentlichen Planungsprozeß im Versorgungsgebiet als Orientierung dienen. Die Wohlfahrtsverbände werden sehr häufig von offiziellen Stellen nach den Bedarfszahlen für bestimmte soziale Dienste gefragt, können darauf aber nur unbefriedigend antworten, weil häufig sowohl genaue Bestandsaufnahmen fehlen als auch begriffliche Unklarheiten und Unkenntnis der Bedarfsdeterminanten vorherrschen.

Eine solche Institution wäre von äußerstem Nutzen, ohne daß dadurch Privatinitiative und Laienmitarbeit eingeschränkt würden. Der Aktionsradius und die Eigenständigkeit der Wohlfahrtsverbände müssen dabei erhalten bleiben.

3. Komplementäre und rehabilitative Dienste

Die allseits geforderte Verstärkung der Aktivitäten außerhalb der Mauern der Großkrankenhäuser, also der ambulanten, teilstationären und komplementären Dienste, führt in der Praxis zu erheblichen Schwierigkeiten. Dies vor allem wegen der finanziell und planerisch ungenügenden Absicherung. Während Finanzierung und Planung des Krankenhausbaues durch Bundes- und Ländergesetze geregelt sind, vollzieht sich der bislang unzureichende Aufbau komplementärer Dienste und rehabilitativer Einrichtungen weitgehend ungeplant und unter wechselnden Finanzierungsbedingungen.

Diese Situation wirkt sich hemmend auf die Realisierung einer regional gegliederten umfassenden Versorgung für psychisch Kranke und Behinderte aus. Die prinzipielle Gleichwertigkeit der Elemente Krankenhaus einerseits und komplementäre sowie rehabilitative Dienste andererseits muß durch ein geeignetes und die Verzahnung beider Elemente sicherstellendes Instrumentarium gewährleistet werden. Wir treten deshalb dafür ein, daß durch gesetzliche Änderungen auch Finanzierung und Planung wichtiger komplementärer und rehabilitativer Dienste und Einrichtungen gefördert werden.

4. Beratungsdienste

Beratungsdienste werden in starkem Maße in der Prävention und in der Krisenintervention tätig. Die Möglichkeiten der frühzeitigen Intervention sind nirgendwo so groß wie in den Betreuungs- und Beratungsstellen, insbesondere dann, wenn diese direkt im sozialen Feld unter Einbeziehung der dort vorherrschenden Probleme tätig werden. Auch dazu bedarf es der Integration in das Versorgungssystem. Die Zersplitterung dieser Dienste muß überwunden werden. Dies sollte, wo es möglich ist, entsprechend den Empfehlungen der Enquete in der Form einer psychosozialen Kontaktstelle, also der Bündelung der beratenden und betreuenden Dienste in Form einer zentralen Anlaufstelle geschehen. Sehr oft aber werden die Nachteile der Zersplitterung durch die Stärkung von Integration und Kooperation beseitigt.

Sehr bewährt haben sich die entsprechend den Bedürfnissen der Regionen gestalteten psychosozialen Dienste. Sie werden sehr häufig von den Wohlfahrtsverbänden getragen, bündeln die ambulanten Betreuungs- sowie die Beratungsdienste oder arbeiten in enger Kooperation mit den verschiedensten psychiatrischen Diensten und Einrichtungen am Ort zusammen. Probleme ergeben sich daraus, daß einige der Aufgaben von Gesetzes wegen durch die Gesundheitsämter wahrzunehmen sind, diese sie aber de facto nicht ausfüllen. Unter Hinweis auf die Pflichtaufgaben des Gesundheitsamtes bleiben andere Finanzierungsmöglichkeiten für solche Dienste verschlossen. Wir meinen, daß die Gesundheitsämter die für die Wahrnehmung der Aufgaben notwendigen Stellen schaffen sollen und diesen Aufgabenbereich, wo immer es möglich ist, an die Wohlfahrtsverbände übertragen sollen. Die freie Wohlfahrtspflege kann je nach örtlichen Bedingungen oftmals im Zusammenhang mit anderen sozialen und pflegerischen Diensten die sozialpsychiatrische Beratung und Betreuung besser wahrnehmen, nicht zuletzt durch ihr größeres Potential an Laienmitarbeitern.

Eine Verlagerung der Schwerpunkte im psychiatrischen Versorgungssystem ist auch in diesem Bereich nicht ohne Verlagerung der finanziellen Schwerpunkte möglich. Man kann nicht einerseits, wie es derzeit in der Suchtkrankenhilfe geschieht, die Zunahme der Zahl der Betroffenen beklagen und die Einrichtung eines dichteren Netzes von Beratungsstellen fordern, gleichzeitig aber die finanziellen Bedingungen verschlechtern. Neben der Förderung von Modellprogrammen wäre die Schaffung einer soliden Grundlage für eine breite Arbeit wichtig.

5. Einbeziehung der Krankenhäuser

Im Sinne einer bürgernahen Versorgung ist die Einrichtung weiterer psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu fördern. In den letzten Jahren sind speziell auch bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern solche Fachabteilungen eingerichtet worden. Dies war allerdings nur möglich, indem die Praxis hier eine Korrektur der Vorschläge der Enquete vorgenommen hat: Es erwies sich von seiten der Krankenhausträger als unmöglich, die vorgegebene Größe einzuhalten, ohne das Gleichgewicht mit den anderen Abteilungen zu zerstören. Dies wäre sicher nicht im Sinne einer Integration der Psychiatrie in die allgemeine medizinische Versorgung gewesen.

Richtig ist dabei, daß auch die kleineren psychiatrischen Abteilungen in die Versorgungskette eines festgelegten Gebietes eingeordnet werden müssen.

Ein möglicher Schritt hin zu einer gemeindenahen Psychiatrie ist die Verpflichtung der Krankenhäuser auf einen regional abgegrenzten zu versorgenden Einzugsbereich. Dies ist momentan nicht überall der Fall.

Wir sind der Auffassung, daß die Krankenhausbedarfspläne verstärkt dem Prinzip der Sektorisierung Rechnung zu tragen haben. Notwendige Folge ist, daß die Häuser instandgesetzt werden, eine umfassende Versorgung zu gewährleisten. Die der Krankenhausbedarfsplanung zugrundeliegenden Bedarfszahlen müssen als flexibel begriffen werden, da erfahrungsgemäß mit dem Ausbau der ambulanten und komplementären Dienste der Bettenbedarf in vollstationären Einrichtungen zurückgeht.

6. Personelle Fragen

Die Umstrukturierung in der Psychiatrie hat schon jetzt zu beachtlichen Veränderungen sowohl für einzelne Beschäftigte wie für ganze Berufsgruppen geführt.

In dem Maße, wie ambulante und mobile Angebote differenziert ausgebaut werden, wird verstärkt die Mobilität der Beschäftigten gefordert. Die räumliche Mobilität muß mit den üblichen arbeitsmarktpolitischen Instrumenten zu bewältigen versucht werden. Die Umstellung auf andere Arbeitsbedingungen und Arbeitsweisen, den Umgang mit anderen Patientengruppen usw. wird man aber in erster Linie durch kontinuierliche Fortbildung ermöglichen können. Deshalb müssen die Fortbildungsangebote der Psychiatrie und die Lehrgänge für Laienhelfer ausgebaut werden.

Der Psychiatrieanteil in der pflegerischen Ausbildung der einschlägigen Berufe muß ebenfalls erweitert werden. Außerdem sollen Weiterbildungsgänge zur Fachschwester bzw. zum Fachpfleger für Psychiatrie ausgebaut und anerkannt werden.

Die Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist auch deshalb wichtig, weil auch im Bereich der Psychiatrie die bisher hierarchischen Strukturen immer mehr abgebaut werden. Jede Berufsgruppe geht mit einer spezifischen Wahrnehmungsweise an die Arbeit heran und kann ihren speziellen Beitrag leisten, ohne daß diese notwendige Aufgabenteilung ein starkes Einflußgefälle rechtfertigen würde. Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen deshalb sehr stark auf diese Notwendigkeit der Kooperation im therapeutischen Team und zwischen den verschiedenen Elementen des Versorgungssystems Bezug nehmen.

Mit Sorge betrachten wir den schleppenden Gang der Gesetzgebung zu den in der Psychiatrie tätigen nichtärztlichen Berufen. Wir fordern die Bundesregierung auf, umgehend zu diesem Fragenkomplex initiativ zu werden.

7. Gerontopsychiatrie

Wie eingangs erwähnt, sollen in dieser Stellungnahme nur einzelne Schwerpunkte angesprochen werden. Wenn wir aus den Diensten für besondere Personengruppen die Alterspsychiatrie herausgreifen, so hat dies zwei Gründe:

Zum einen sind hier die Defizite und entsprechend die Notwendigkeiten einer Veränderung besonders groß, zum anderen gehören Altenarbeit/Altenhilfe zu den traditionell großen Arbeitsbereichen der Wohlfahrtsverbände, entsprechend können sie hier besonders viel zur Reform beitragen. Kaum eine Patientengruppe ist von dem an sich wünschenswerten Prozeß der Verkleinerung psychiatrischer Krankenhäuser stärker betroffen als die psychisch Alterskranken. Dies liegt daran, daß die auch von uns begrüßten Vorschläge der Psychiatrie-Enquete nur ansatzweise realisiert wurden. Die Fehlbelegung in den psychiatrischen Krankenhäusern ist offenbar zu Lasten einer größeren Fehlbelegung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe zurückgegangen. Es gilt also, ebenso differenzierte wie integrierte Angebote zu schaffen, um so die Fehlbelegung weitgehend zu vermeiden. Dies sollte zum einen durch Förderung von qualifiziert arbeitenden Tagespflegeheimen, psychiatrischen Abteilungen in Altenheimen und sonstigen halboffenen und offenen Hilfen geschehen. Zum anderen aber muß gewährleistet sein, daß die Patienten wirklich in die Einrichtung kommen, die entsprechend den Bedingungen des Einzelfalles und der Gesamtversorgung die optimale Hilfe gewährleistet.

Allerdings beinhaltet die Errichtung von Sonderdiensten die Gefahr einer ständigen Ausgliederung von „Problempatienten". Deshalb sollten die gegenwärtig vorhandenen Einrichtungen instandgesetzt werden, gerontopsychiatrische Patienten besser zu behandeln. Da die aktivierenden und betreuenden Maßnahmen im Regelfall einen größeren Aufwand als bei nicht psychiatrisch behandlungsbedürftigen Bewohnern verursachen, müßten sowohl die sachliche wie die personelle Ausstattung verbessert werden. Dazu gehört auch eine ständige Fortbildung der in den Einrichtungen tätigen Mitarbeiter. Psychisch Kranke werden nämlich deshalb häufig nicht richtig behandelt, weil das Personal eine unzureichende oder unsichere Einschätzung der Patientengruppe und der Behandlungsmöglichkeiten hat.

Dies kann nur durch Fortbildung verbessert werden, die aber ohne Schaffung von Umsetzungsmöglichkeiten in die Praxis ins Leere geht. In dem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß Altenheime deshalb oft für psychisch Kranke ungeeignet sind, weil die architektonischen Planungen und baulichen Gegebenheiten auch neuester Einrichtungen den Bedürfnissen der Kranken nicht Rechnung tragen.

Die Behandlungsmöglichkeiten und die Lebenssituation psychiatrischer Pflegefälle und die Regelungen der Übernahme der Pflegekosten im Rahmen der Sozialversicherung sind unzureichend. Diese Fälle stehen nicht unbedingt im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses, sie machen jedoch einen großen Teil der psychiatrischen Arbeit aus. Eindeutige Finanzierungsregelungen würden den Ausbau rehabilitativer Behandlungsmaßnahmen unterstützen und zur Überwindung der „unmenschlichen Realitäten" beitragen.

Vorrang soll unserer Meinung nach die Förderung und der Ausbau der ambulanten und teilstationären Dienste und Einrichtungen erhalten. Den Familienangehörigen sollte geholfen werden, ihre Angehörigen so weit als möglich zu betreuen und die Behandlung durch die Fachkräfte zu unterstützen. Um dieses Gleichgewicht zwischen der Laienhilfe durch Familienangehörige und sonstige Bezugspersonen der sozialen Umwelt einerseits und professioneller Tätigkeit andererseits zu erreichen, muß zunächst der professionelle Bereich ausgebaut werden, aus dem heraus dann Impulse für qualifizierte Laienarbeit hervorgehen können. Entsprechend sollten gerontopsychiatrische Ambulanzen, wo immer es geht, kombiniert mit mobilen Teams, verschiedenste offene Sozialdienste sowie die Altentagesstätten und Altenclubs gefördert werden, die in die Lage gebracht werden können, Patienten mit leichteren oder zeitweisen Störungen kompetent zu betreuen. Eine große Priorität räumen wir auch der Förderung von Tageskliniken ein, in denen die Patienten, die sich nicht allein versorgen können oder die nicht von Angehörigen voll betreut werden können, sowohl behandelt als auch betreut werden.

Wegen der großen Defizite in der Gerontopsychiatrie und noch weitgehender Unklarheit über Lösungsmöglichkeiten, die ohnehin auf die jeweiligen Bedingungen in der Region bezogen sein müssen, sind wir aber gegen starre Vorgaben und für einen breiten Spielraum der Angebote.

8. Zum Prioritätenkatalog

Die Psychiatrie-Enquete enthält einen Prioritätenkatalog, der in der Planungsstudie nach Zeitstufen geordnet ist. Wir wollen hier nur zu den wichtigsten Punkten Stellung nehmen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft begrüßt, daß der Aus-, Fort- und Weiterbildung insbesondere der nichtärztlichen Heilberufe große Priorität eingeräumt wird. Wir weisen aber darauf hin, daß der Zeitraum bis 1980 nicht voll ausgeschöpft werden sollte. Es muß im übrigen gewährleistet sein, daß vorhandene Berufsbilder und Ausbildungsstätten bei Inhalt und Durchführung neuer Regelungen berücksichtigt werden. Höhere Priorität als in der Planungsstudie sollte unserer Meinung nach der Ausbau der komplementären Dienste in der allgemeinen Psychiatrie haben. Zu den Fragen der Gerontopsychiatrie haben wir uns im vergangenen Abschnitt ausführlich geäußert, nach unserer Meinung sind demnach die ambulanten, teilstationären und komplementären Dienste besonders zu fördern.

Zu den in der Planungsstudie aufgeführten Prioritäten für die Bereiche Suchtkranke, Epilepsiekranke und geistig behinderte Erwachsene gedenken wir hier nicht ausführlich Stellung zu nehmen. Wir verweisen auf einschlägige Äußerungen der vergangenen Zeit und behalten uns vor, aus gegebenem Anlaß weitere Stellungnahmen vorzulegen.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser
Ständeplatz 6—10, 3500 Kassel

Stellungnahme zur Planungsstudie

22. Dezember 1977

Die Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland der Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH, Stuttgart, sowie die Anmerkungen der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission hierzu sind mir zur Stellungnahme zugeleitet worden. Wegen der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit ist es nicht möglich gewesen, diese Studie anläßlich einer unserer turnusmäßigen Sitzungen zu besprechen oder mit den übrigen Mitgliedern der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser abzustimmen. Bei der Wichtigkeit dieses Themenbereiches scheint es mir notwendig zu sein, dies noch nachzuholen. Von daher wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie den einzelnen Mitgliedern der Bundesarbeitsgemeinschaft die Planungsstudie unmittelbar zuschicken könnten.

Die folgende Stellungnahme zu der genannten Planungsstudie erfolgt daher zunächst allein aus meiner Sicht als Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft und vorbehaltlich einer abschließenden Meinungsbildung der einzelnen Mitglieder.

1. Ich begrüße es, daß die Empfehlungen des Schlußberichtes der Enquete-Kommission durch Detailuntersuchungen der zu versorgenden Per-

sonengruppen und der für erforderlich gehaltenen Dienste ergänzt werden. Wichtig scheint mir vor allem die Erarbeitung von Anhalts- und Bedarfszahlen für die einzelnen Personengruppen und Dienste zu sein, die m. E. jedoch noch einer kritischen Prüfung unterzogen werden sollten.

Von Interesse sind auch die Untersuchungen über die kostenmäßigen Auswirkungen der im Schlußbericht der Enquete-Kommission enthaltenen Empfehlungen. Bei der gegenüberstellenden Betrachtung der Kosten pro Bett im psychiatrischen Krankenhaus und pro Platz im Wohnheim fällt mir auf, daß die Investitionskosten pro Bett relativ hoch angesetzt sind, zumal von der Kostenbasis 1974 ausgegangen wird. Die Kosten für Neubauten in vorhandenen psychiatrischen Krankenhäusern liegen nach Erfahrungen des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen bei etwa 55 000 bis 65 000 DM pro Bett und selbst die Kosten der Neubauten des psychiatrischen Krankenhauses Hadamar (einschließlich medizinisch-therapeutischer Einrichtungen, arbeitstherapeutischer Einrichtungen und Wirtschafts- und Versorgungstrakt) belaufen sich auf lediglich 95 000 DM pro Bett. Diese Erfahrungswerte ändern zwar nichts an der Grundaussage, daß ein Wohnheimplatz billiger ist als ein Bett im psychiatrischen Krankenhaus, beeinflussen jedoch nicht unerheblich die errechneten Kostenrelationen.

2. Sowohl von der Enquete-Kommission als auch von der Planungsfirma wird die Notwendigkeit zur Beseitigung der sogenannten Fehlplazierung in psychiatrischen Krankenhäusern, d. h. die Verlegung nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftiger Patienten unterstrichen. Dieser Prozeß ist — wenn auch in den einzelnen Bundesländern in unterschiedlichem Umfang — in den letzten Jahren in Gang gekommen. So hat sich beispielsweise die Durchschnittsbelegung der hessischen psychiatrischen Krankenhäuser in den letzten fünf Jahren um rd. 20 v. H. verringert, obwohl gleichzeitig die Zahl der Aufnahmen um rd. 45 v. H. gestiegen ist. Diese beispielhaften Zahlen mögen verdeutlichen, daß sich die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser einer Reduzierung übergroßer Bettenzahlen nicht verschließen. Gerade eine Belegungsauflockerung ermöglicht erst die Verbesserung des Unterbringungs- und Behandlungsstandards der psychiatrischen Krankenhäuser.

   Voraussetzung hierfür ist jedoch, daß das Netz ambulanter, halbstationärer, komplementärer und rehabilitativer Dienste entsprechend den Empfehlungen der Enquete-Kommission ausgebaut wird. Hierfür können die Bedarfszahlen der Planungsstudie eine wichtige Grundlage sein.

3. In der Praxis arbeiten die psychiatrischen Krankenhäuser bereits mit vorhandenen vor- und nachstationären Einrichtungen ihrer Aufnahmebezirke zusammen. Da sich die verschiedenen Einrichtungen und Dienste in der Regel in unterschiedlicher Trägerschaft befinden, ist es jedoch gerade im Hinblick auf längerfristige Planungsüberlegungen unumgänglich notwendig, die Planungsabsichten der einzelnen Träger aufeinander abzustimmen. Grundlage hierfür müßte eine Ist-Erfassung aller Einrichtungen und Dienste innerhalb bestimmter Versorgungsgebiete und die Entwicklung gemeinsamer bedarfsgerechter Planungsleitlinien sein. Dies kann jedoch nicht Aufgabe der Träger psychiatrischer Krankenhäuser sein, sondern hierzu sind m. E. in erster Linie die obersten Gesundheitsbehörden der Länder aufgerufen.

   In diesem Zusammenhang wird auch zu prüfen sein, ob die Vorstellungen der Enquete-Kommission zur Bildung von Standardversorgungsgebieten verwirklicht werden können. Da die bisherigen Planungen sowohl für die Psychiatrie speziell als auch für den übrigen Bereich des Gesundheitswesens bereits von bestimmten regionalen Gliederungen ausgehen, müßten die bereits vorhandenen Gliederungen mit berücksichtigt werden, um vor allem der Forderung nach Integration der psychiatrischen Versorgung in die allgemeine Gesundheitsversorgung Rechnung tragen zu können.

4. Der Schlußbericht der Enquete-Kommission und auch die Planungsstudie gehen davon aus, daß sich die stationäre psychiatrische Versorgung verstärkt vom psychiatrischen Krankenhaus zur psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus verlagert. Die bisherigen Erfahrungen haben aber gezeigt, daß aus verschiedenen Gründen nur eine beschränkte Bereitschaft von Trägern von Allgemeinkrankenhäusern besteht, psychiatrische Abteilungen einzurichten. Dies gilt vor allem auch im Hinblick auf die von der Enquete-Kommission für notwendig gehaltene Größenordnung solcher psychiatrischer Abteilungen.

   Die in letzter Zeit festzustellende rückläufige Belegung in Allgemeinkrankenhäusern hat verschiedentlich die Forderung laut werden lassen, diese freien Bettenkapazitäten mit psychisch Kranken zu belegen. Dies kann jedoch m. E. keinesfalls zu einer wirksamen Verbesserung der stationären psychiatrischen Versorgung beitragen, da psychiatrische Abteilungen von ihrer Größenordnung, ihrer inneren Struktur und ihren baulichen Gegebenheiten her in der Lage sein müssen, auf jeden Fall einen bestimmten Sektor des Gesamtversorgungsgebietes total zu versorgen. Ich möchte nochmals unterstreichen, daß ein Auseinanderfallen der Akutversorgung einerseits und der längerfristigen Versorgung chronisch Kranker und Alterskranker andererseits vermieden werden muß, da dies zu einer nicht vertretbaren Benachteiligung dieser Patienten und der sie betreuenden psychiatrischen Krankenhäuser führen wird.

   Die perspektivische Betrachtung der Planungsstudie über die Realisierung der Empfehlungen der Enquete-Kommission verdeutlicht, daß die vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser noch auf Jahre hinaus die Hauptlast der statio-

nären Versorgung psychisch Kranker zu tragen haben. Von daher ist es unumgänglich notwendig, die Modernisierung und den Um- und Ausbau dieser Krankenhäuser fortzuführen und zu intensivieren. Hierzu ist es erforderlich, noch in stärkerem Maße als bisher die erforderlichen Finanzierungsmittel im Rahmen der allgemeinen Krankenhausfinanzierung bereitzustellen.

5. In der Planungsstudie sind verschiedene Personalbedarfszahlen für die einzelnen zu versorgenden Personengruppen genannt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft ist in einer speziell für diesen Zweck gebildeten Arbeitsgruppe ebenfalls darum bemüht, bedarfsgerechte Schlüsselzahlen zu ermitteln. Dabei wird angestrebt, daß sich die Bundesarbeitsgemeinschaft einem von verschiedenen Bundesländern in Auftrag gegebenen Forschungsvorhaben zur Berechnung des leistungsbezogenen Personalbedarfs für Krankenhäuser anschließt.

   Die tatsächliche Personalbesetzung der psychiatrischen Krankenhäuser stellt — unabhängig von den Schlüsselzahlenüberlegungen — nach wie vor jedoch ein Problem dar. Das Verhältnis Personal zu Patienten wird sich zwar bei weiterer rückläufiger Belegung verbessern, doch scheint es notwendig zu sein, zusätzliches Personal einzustellen. Dies stellt jedoch auch bei der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage ein zum Teil unüberwindliches Problem dar. So fehlen vor allem Fachärzte, ausgebildete Beschäftigungstherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und zum Teil auch ausgebildete Pflegekräfte. Es wird darauf ankommen, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu intensivieren, um diese Situation zu verbessern.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Eyssenneckstr. 55, 6000 Frankfurt 1

Stellungnahme zur Planungsstudie und zur Psychiatrie-Enquete

27. Februar 1978

Die Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation über die Planungsstudie zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland und zur Psychiatrie-Enquete haben zu folgendem Ergebnis geführt:

1. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation begrüßt die fundierten Ausführungen beider Forschungsberichte, da sie darin ein wichtiges Arbeitsmittel sieht, das geeignet ist, die Entscheidungsfindung bei der stufenweisen Verwirklichung der Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker zu erleichtern. Durch die beiden Studien wurde wertvolle Vorarbeit geleistet, auf der die Träger der Rehabilitation bei ihrer Entscheidungsfindung aufbauen werden.
2. Nach Ansicht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation kann die Auswertung der Ergebnisse der beiden Forschungsarbeiten nicht umfassend und lückenlos zu einem bestimmten Zeitpunkt erfolgen, sondern muß als ein permanenter Vorgang angesehen werden.
3. Basierend auf den Erkenntnissen der Psychiatrie-Enquete im Hinblick auf die besondere Bedeutung der halbstationären Einrichtungen und der komplementären Dienste bei der Versorgung psychisch Kranker wurden für die Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entsprechende Schwerpunkte gesetzt.
4. Ein Schwerpunkt der Beratungen in den Gremien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist das Problem Übergangsheime. Darüber hinaus haben sich sowohl Vertreter der Rehabilitationsträger als auch der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation an entsprechenden Fachdiskussionen anderer Organisationen beteiligt, um das Problem einer Lösung zuzuführen.
5. Bei der Beratung des Problems der Übergangsheime wurde deutlich, daß die Charakterisierung der Übergangsheime in der Planungsstudie inhaltlich von der Beschreibung in der Enquete abweicht, was seine Ursache in unterschiedlichen Leistungsangeboten findet.
6. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wird überprüfen, ob eine Möglichkeit besteht, in Zusammenarbeit mit den in Frage kommenden Trägern zu einer Rahmenempfehlung für die Rehabilitation in Übergangsheimen zu gelangen.
7. Basierend auf der Psychiatrie-Enquete sind in den Arbeitskreisen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation folgende Probleme weitere Beratungsschwerpunkte:

   Frühförderung behinderter Kinder,
   Suchtkranke,
   Tages- und Nachtkliniken.

   In die Diskussion vorgenannter Problemkreise werden auch die Ergebnisse der vorgenannten Forschungsarbeiten mit einbezogen. Soweit erforderlich, werden wir uns erlauben, zu gegebener Zeit eine ergänzende Stellungnahme abzugeben.
8. Wir stimmen der Ansicht der Sachverständigen-Kommission zu, daß eine ins Detail gehende Planung einen Zeitraum von ca. zehn Jahren nicht überschreiten sollte. Aus diesem Grunde werden wir uns in den auf unserer Ebene vor-

gesehenen Beratungen auch nur mit den ersten beiden Zeitstufen der Planungsstudie befassen.

9. Die Bemessungsempfehlungen der Planungsstugen-Kommission zu, daß eine ins Detail gehende gaben, die im Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland insgesamt noch nicht verwirklicht sind. Da sie sowohl nach therapeutischen als auch nach finanziellen Gesichtspunkten optimale Lösungen enthalten, wird der Gedanke der beispielhaften Erprobung in Modellvorhaben als Leitlinie für die zukünftige Versorgung psychisch Kranker, der in der Planungsstudie angeregt wird, unterstrichen. In gleicher Weise wird der Vorschlag der Planungsstudie befürwortet, daß die Modellvorhaben die Entwicklung von Leistungs- und Erfolgskriterien für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als vordringliche Zielsetzung beinhalten sollten, da die Versorgung so lange schwer planbar bleibt, als es an solchen Kriterien fehlt.

10. In gleicher Weise wird die Notwendigkeit eines von der Enquete-Kommission und der Planungsstudie vorgeschlagenen Planausführungs- und Überwachungsinstrumentariums befürwortet. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist zur aktiven Mitarbeit in den angeregten Koordinierungsgremien bereit.

11. Die von der Planungsstudie vertretene Auffassung, nach der ein Berufsgesetz für nicht-ärztliche Psychotherapeuten dringend erforderlich ist, wird von uns geteilt.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.
Raiffeisenstr. 18, 3554 Marburg-Cappel

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht und zur Planungsstudie

20. Januar 1978

Die Bundesvereinigung macht zu einigen ausgewählten Kapiteln des Berichtes und der Studie folgende Ausführungen:

1. Konkretisierung der angestrebten Reform

Im Bericht wird für die Konkretisierung der angestrebten Reform des Gesamtversorgungssystems eine Periode von 20 Jahren genannt.

Die Lebenshilfe hält diesen Zeitraum für zu lange und plädiert zur Sicherstellung der Gesamtversorgung — worunter sowohl die Erfassung als auch die Betreuung verstanden wird — aller geistig Behinderten die noch bestehenden Lücken in einem wesentlich kürzeren Zeitraum bedarfsdeckend zu schließen. Die Realisierung in Stufen entspricht nicht der Realität und hemmt aufgrund bisheriger langjähriger Erfahrungen die weitere Entwicklung der Förderung der geistig Behinderten.

2. Koordination und Planung

Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist, daß die organisatorischen Grundlagen für das empfohlene Verbundsystem durch die Bildung von Standardversorgungsgebieten und übergeordneten Versorgungsgebieten möglichst bald geschaffen werden. Zur Zeit besteht ein solches zusammenhängendes System kooperierender Dienste und Einrichtungen für die Versorgung geistig Behinderter nach den Grundsätzen der Familien- und Gemeindenähe, der Differenzierung, der Durchlässigkeit und der Zusammenarbeit der Voll- und Teilzeiteinrichtungen noch nicht. Nur durch die Einrichtung von psychosozialen Arbeitsgemeinschaften auf der Ebene der Kreise bzw. kreisfreien Städte und für besondere Planungsaufgaben in den Standardversorgungsgebieten kann auf Dauer gewährleistet werden, daß jeder Behinderte die Hilfen bekommt, die ihm volle Entfaltung seiner Persönlichkeit und die bestmögliche Eingliederung in die Gesellschaft sichern können.

3. Prävention

Berücksichtigt, daß die Aussagen im Kapitel E. „Primärprävention psychischer Störungen" den Bereich der geistigen Behinderung nur teilweise berühren, begrüßt die Lebenshilfe die dort gemachten Aussagen zur Prävention grundsätzlich.

Während in der von *Caplan* aufgestellten und von der Psychiatrie-Enquete übernommenen Trias von Pirmär-, Sekundär- und Tertiärprävention psychischer Störungen die Lebenshilfe und vergleichbare Organisationen und Einrichtungen unter dem Aspekt der geistigen Behinderung im tertiären Bereich ursächlich tätig wurden und in der Sekundärprävention in den letzten Jahren zunehmend Hilfen bieten, wurde der Bereich der pränatalen Primärprävention bislang noch nicht entsprechend seiner derzeitigen Bedeutung gesehen und gewürdigt.

Nichts desto weniger mißt die Lebenshilfe der pränatalen Prävention entscheidende Bedeutung bei.

Deshalb befürworten wir die Forderung der Enquete nach Vorrangigkeit der genetischen Prävention (Kapitel 3.1.1 „Primärprävention psychischer Störungen während Schwangerschaft, Geburt und postnataler Entwicklung") auf das nachhaltigste.

Analog der unter 5.2 „spezielle Empfehlungen ..." gemachten Hinweise sind gezielte und breitgestreute sachmotivierende Werbemaßnahmen zur umfassenden Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgemaßnahmen zu fordern. Die Einführung eines

Prämiensystems in diesem Zusammenhang muß nach unseren Erfahrungen abgelehnt werden.

Mit Nachdruck ist der Ausbau genetischer Beratungsmöglichkeiten zu fordern: diese sollten an jeder deutschen Hochschule mit medizinischem Fachbereich, zumindest aber an denjenigen universitären Standorten, die ein humangenetisches Institut aufweisen, qualifiziert und für den Inanspruchnehmenden kostenlos angeboten werden.

Hinsichtlich der peri- und postnatalen Prävention ist in Ergänzung der Enquete (5.2.1 Satz 3 „systematische medizinische Untersuchung von Neugeborenen") die Beteiligung eines Pädiaters mit neurologischer Erfahrung bei der Erstuntersuchung (U 1) im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs- bzw. Früherkennungsprogrammes für Säuglinge und Kleinkinder nach den bisherigen Erfahrungen unverzichtbar.

4. Trennung der Versorgung von geistig und seelisch Behinderten

Die Forderung, die Hilfen für seelisch Behinderte und die für geistig Behinderte grundsätzlich räumlich voneinander zu trennen, ist im Hinblick auf die Entwicklung für geistig Behinderte eines der wichtigsten Ergebnisses der Enquete. Zur Zeit befindet sich immer noch eine erhebliche Zahl geistig Behinderter z. B. in psychiatrischen Fachkrankenhäusern, obwohl die Lebenshilfe seit Jahren mit Nachdruck die Trennung der Versorgung dieser beiden Behindertengruppen gefordert hat.

5. Miteinander der Geschlechter

Der Grundsatz, die Lebensbedingungen der geistig Behinderten so zu gestalten, daß sie, soweit möglich, denen der Nichtbehinderten entsprechen, bezieht sich auch auf das Miteinander der Geschlechter. Ihre Trennung, die vor allem zum Teil noch in stationären Einrichtungen praktiziert wird, kann nicht länger hingenommen werden. Sie verstößt gegen das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit sowie gegen die Menschenrechte allgemein. Hierzu müßten die entsprechenden Voraussetzungen zu den im Bericht niedergelegten Aussagen zur Sterilisation möglichst bald realisiert werden.

6. Integration der schwer geistig Behinderten in die bestehenden Einrichtungen

Allzuoft werden die schwer geistig Behinderten und die Mehrfachbehinderten von den Förderangeboten der bestehenden Einrichtungen ausgeschlossen. Bei den erfreulichen Fortschritten, die im förderungs- und therapeutischen Bereich für diese Personengruppen erzielt wurden, droht nunmehr den schwer geistig Behinderten, von den bestehenden Einrichtungen ausgeschlossen zu werden. Die Lebenshilfe fordert in Übereinstimmung mit der Enquete: die bestehenden Einrichtungen sind umgehend so personell und sachlich auszustatten, daß sie in der Lage sind, Bildung und Förderung auch für schwer geistig behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu organisieren und zu gestalten.

7. Mitwirkung und Mitbestimmung geistig Behinderter bzw. ihrer Sorgeberechtigten

Bei allen Maßnahmen und in allen Einrichtungen ist den Behinderten und ihren Eltern Mitwirkung und Mitbestimmung angemessen zu gewähren. Dieses Recht ist unverzichtbar, da ohne Mitwirkung von Eltern bzw. Sorgeberechtigten die Erziehung und Förderung geistig Behinderter nur bedingt möglich ist. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe hat zur Frage einer solchen Verfassung z. B. in der Werkstatt für Behinderte eine Stellungnahme erarbeitet, die dem Bundesarbeitsministerium anläßlich der 3. Lesung des Rehabilitationsangleichungsgesetzes zugeleitet wurde (siehe Modell der Bundesvereinigung anliegend). Weiterhin verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu der Rechtsverordnung über die Mitwirkung der Heimbewohner gemäß § 5 Abs. 2 des Heimgesetzes.

8. Beratung der geistig Behinderten und ihrer Angehörigen

Als erheblichste Lücke im Gesamtbereich aller Hilfen beklagen wir auch den Mangel an geeigneten Beratungsmöglichkeiten. Die Bundesvereinigung empfiehlt, die Beratung in den einzelnen Einrichtungen durchzuführen, da eine umfassende Beratung Behinderter und ihrer Angehörigen aufgrund der jeweiligen, auch altersbedingten Situation, nicht von einer Stelle bewältigt werden kann. Zur Gewährleistung einer optimalen lebensbegleitenden Beratung sollte auch in diesem Bereich die erforderliche Koordination sichergestellt sein.

9. Aus- und Fortbildung des Personals

Geistig Behinderte können nur von besonders gut ausgebildeten Mitarbeitern wirkungsvoll gefördert werden. In der Enquete wird daher zu Recht darauf hingewiesen, daß eine entsprechende Qualifizierung der Mitarbeiter in den Einrichtungen nicht nur durch organisatorische Maßnahmen und Bereitstellung der erforderlichen Mittel bewirkt werden kann. Entscheidend ist vor allem die noch nicht in Angriff genommene Aufgabe der Entwicklung einheitlicher Berufsbilder, Ausbildungsrichtlinien und Ausbildungspläne.

10. Forschung und Dokumentation

Zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Hilfen für geistig Behinderte sind Forschung und deren Dokumentation unerläßlich.

Zu Recht wird in der Enquete auf die Notwendigkeit einer nachhaltigen und effektiven Förderung der Forschung hingewiesen, da wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse die Voraussetzungen für wirksame Hilfen und Vorbeugung bilden.

Alle Forschungen für geistig Behinderte sollten sich zum Ziel setzen, Ansatzpunkte für die Neu-

orientierung bzw. Verbesserungen für die Praxis aufzuzeigen, damit den Behinderten noch wirksamer geholfen werden kann.

11. Zum Begriff Krankheit

Die in der Planungsstudie Seite 241 vertretene Ansicht, daß eine Versorgung geistig Behinderter in psychiatrischen Krankenhäusern — abgesehen von Extremfällen — nicht erforderlich ist, entspricht der Auffassung der Lebenshilfe.

Allerdings ist die Feststellung, geistige Behinderung stelle keine Krankheit dar (Planungsstudie a.a.O.), u. E. zu oberflächlich und mißverständlich.

Zuzustimmen ist den Verfassern der Planungsstudie, wenn sie bei der beanstandeten Formulierung die ärztlich als Krankheit bezeichnete einzelne Erkrankung meinen (vergleiche zu den Begriffen *Brackmann,* Seite 384 ff.). Geistige Behinderung bedeutet nicht unbedingt, daß gleichzeitig eine Erkrankung vorliegt. Andererseits sind die Zustandsbilder vieler geistig Behinderter dadurch gekennzeichnet, daß häufig oder ständig Erkrankungen auftreten.

Im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet Krankheit den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. „Es muß ein objektiv faßbarer regelwidriger Zustand des Körpers oder des Geistes oder der Seele vorliegen, der durch Heilbehandlung behoben oder mindestens gebessert oder vor einer Verschlimmerung bewahrt oder gelindert werden kann oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als regelwidrig wird ein Zustand beurteilt, der von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm abweicht, wobei Gesundheit mit dem Zustand gleichzusetzen ist, der dem Einzelnen die Ausübung der körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen ermöglicht. Es ist unerheblich, ob die Krankheit heilbar ist. Für die Behandlungsbedürftigkeit braucht eine Verschlimmerungsgefahr nicht in der Weise unmittelbar zu drohen, daß ohne sofortige Behandlung mit einer wesentlichen Verschlimmerung zu rechnen ist. Das Leiden braucht dem Betroffenen auch keine besonderen Schmerzen oder Beschwerden zu bereiten, es genügt, daß es sich unbehandelt wahrscheinlich verschlimmern wird und daß dem Eintritt einer solchen Verschlimmerung am besten, d. h. mit größter Aussicht auf Erfolg, durch eine möglichst frühzeitige Behandlung entgegengewirkt wird" *(Brackmann,* Seite 384 b, b I mit Nachweisen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts). — Nach *Krauskopf* (§ 182 RVO, 2.1) dürfte der Krankheitsbegriff durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz insoweit weiterentwickelt sein, als auch für die dauernde Beeinträchtigung oder Aufhebung der Fähigkeit zur Verrichtung von Arbeit, die Ausübung eines Berufs oder die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben infolge Behinderung Leistungen der Krankenhilfe notwendig werden.

Es ist völlig eindeutig, daß bei vielen geistig Behinderten behinderungsbedingte, behandlungsbedürftige Krankheiten im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegen, die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen erforderlich machen (auf die Definition des Begriffs Krankheit in anderen Rechtsgebieten braucht hier nicht eingegangen zu werden).

Modell der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V. zur Regelung der Mitbestimmung bzw. Mitwirkung der Behinderten bzw. ihrer Sorgeberechtigten in der Werkstatt für Behinderte (WfB)

A

Nach der Abfsichtserklärung der Bundesregierung und des Bundestages soll das geltende deutsche Arbeitsrecht auch in der WfB schrittweise zur Anwendung gelangen.

Dies erfordert auch eine Regelung des Mitspracherechts (Mitwirkung und Mitbestimmung) des hauptamtlichen Personals und der Behinderten bzw. ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten.

B

I. Hauptamtliche Mitarbeiter

Für den erstgenannten Personenkreis — das hauptamtliche Personal in der WfB — ist eine gesetzliche Regelung im geltenden Betriebsverfassungsgesetz vom 15. Januar 1972 (BetrVG) bereits vorhanden.

Die WfB ist zwar ein sogenannter Tendenzbetrieb im Sinne des § 118 Abs. 1 BetrVG, es kann jedoch nicht zweifelhaft sein, daß für die WfB das BetrVG *uneingeschränkt* zur Anwendung gelangt.

Das hauptamtliche Personal der WfB ist also berechtigt, einen Betriebsrat zu wählen. Einzige Voraussetzung ist hierbei, daß mindestens fünf wahlberechtigte Arbeitnehmer bereits vorhanden sind, von denen drei wählbar sein müssen (§ 1 BetrVG). Die Wahlberechtigung beginnt bekanntlich mit der Vollendung des 18. Lebensjahres (§ 7 BetrVG).

Der Betriebsrat des hauptamtlichen Personals in der WfB besitzt sämtliche im BetrVG 1972 vorgesehenen Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte (§§ 74 bis 105 BetrVG).

Die Anwendung dieser betriebsverfassungsrechtlichen Vorschriften ist durchaus mit dem Zweck und dem Ziel der WfB in Einklang zu bringen. Eine Einschränkung der Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte des hauptamtlichen Personals kann demnach nicht gerechtfertigt werden. Das gilt sowohl für die allgemeinen Aufgaben des Betriebsrates (§ 80 BetrVG) als auch für die Mitbestimmung in sozialen und personellen Angelegenheiten (§§ 87 bis 89; 92 bis 104 BetrVG). Eine Mitbestimmung in wirtschaftlichen Angelegenheiten (§§ 106 bis 110 BetrVG) entfällt bekanntlich aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmungen (§ 118 Abs. 2 BetrVG). Die Anwendung der §§ 111 bis 113 BetrVG dürfte wegen der weithin abgesicherten Trägerschaften kaum aktuell werden.

II. Behinderte bzw. Eltern oder Sorgeberechtigte

1. Einleitung

Auch das Mitspracherecht der in der WfB beschäftigten Behinderten bzw. das ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten ist regelungsfähig.

Dabei stellt die Tatsache, daß nach geltendem bürgerlichem Recht ein großer Teil der Behinderten geschäftsunfähig im Sinne von § 104 Ziffer 2 und 3 BGB ist, kein unüberbrückbares Hindernis für eine gesetzliche Regelung dar.

Ob diese also Arbeitnehmer im arbeitsrechtlichen Sinne sind, kann zunächst bei der Regelung der Mitwirkung bzw. Mitbestimmung der Behinderten bzw. ihrer Sorgeberechtigten dahinstehen. Das gilt auch, soweit die Behinderten im bürgerlich-rechtlichen Sinne voll geschäftsfähig sind. Auch hier spielt die Rechtsfrage, ob sie in einem Arbeitsverhältnis zur WfB stehen oder ob dies ein Arbeitsverhältnis „eigener Art" ist, keine erhebliche Rolle.

2. Regelung des Mitspracherechts

Bis zum Erlaß einer gesetzlichen Regelung des Mitspracherechts der Behinderten bzw. ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten empfiehlt die BUNDESVEREINIGUNG den Orts- und Kreisvereinigungen, die Träger bzw. Mitträger einer WfB sind, die Erprobung des nachfolgenden MODELLS.

Dieses lehnt sich an die bereits im BetrVG 1972 für jugendliche Arbeitnehmer bestehende „Jugendvertretung" (§§ 60 bis 71 BetrVG) an.

Die Vertretung der Behinderten bzw. ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten müßte demnach folgerichtig „BEHINDERTENVERTRETUNG" genannt werden.

a) Voraussetzung einer Behindertenvertretung

In den Betrieben der privaten Industrie setzt die Bildung einer Jugendvertretung stets das Bestehen eines Betriebsrates voraus. Nur in Zusammenarbeit mit diesem können die jugendlichen Arbeitnehmer ihre gesetzlichen Mitwirkungsrechte realisieren.

Für die Wahl einer BEHINDERTENVERTRETUNG müßte regelmäßig das gleiche gelten. Denn nur im Zusammenwirken mit einem für die hauptamtlichen Mitarbeiter bestehenden Betriebsrat dürfte die Ausübung eines Mitspracherechts der Behinderten bzw. ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten durchführbar sein. Gleichwohl ist aber auch ausnahmsweise denkbar, daß eine BEHINDERTENVERTRETUNG gewählt wird, ohne daß in einer WfB ein Betriebsrat für die hauptamtlichen Mitarbeiter vorhanden ist.

b) Wahlberechtigung zur BEHINDERTENVERTRETUNG

Ob ein Behinderter in der WfB das Wahlrecht zur BEHINDERTENVERTRETUNG besitzt oder selbst wählbar ist, soll völlig unabhängig von seiner Geschäftsfähigkeit entschieden werden. Im Einzelfall ist es für seine Wahlberechtigung also unerheblich, ob der Behinderte entmündigt ist oder unter vorläufiger Vormundschaft steht.

Entscheidend allein soll sein, ob er in der Lage ist, beim a k t i v e n Wahlrecht

— die Bedeutung des Wahlvorganges zu begreifen; beim p a s s i v e n Wahlrecht
— zur Mitarbeit in der BEHINDERTENVERTRETUNG imstande ist.

Über beide Fähigkeiten muß getrennt entschieden werden. Im Einzelfall wird demnach ein Behinderter einerseits zur BRHINDERTENVERTRETUNG wählen können, jedoch zur Ausübung des passiven Wahlrechts außerstande sein.

Muß nach den vorstehenden angesprochenen Kriterien bei einem Behinderten sowohl die Wahlberechtigung als auch die Wählbarkeit verneint werden, sollen an seiner Stelle seine Eltern bzw. das noch lebende Elternteil das aktive und passive Wahlrecht für ihn ausüben dürfen.

Leben die Eltern des Behinderten nicht mehr, soll an deren Stelle der „Sorgeberechtigte" des Behinderten treten. Hierunter ist die Person zu verstehen, die mit der WfB den Aufnahmevertrag für den Behinderten geschlossen hat (Vormund, Pfleger, Familienangehöriger usw.).

c) Wahlvorstand

Ob der Behinderte das aktive und/oder passive Wahlrecht zur BEHINDERTENVERTRETUNG besitzt, entscheidet in jedem Einzelfall ein zu bildender Wahlvorstand.

Dieser sollte zweckmäßigerweise aus den nachfolgenden Personen bestehen:

dem Leiter der WfB bzw. seinem Stellvertreter;

einem Psychiater bzw. einem Psychologen;

einem Betriebsratsmitglied (wenn in der WfB ein Betriebsrat besteht);

einem Vorstandsmitglied und

einem Elternvertreter.

Durch diese Zusammensetzung des Wahlvorstandes wird regelmäßig eine optimale Beurteilung jedes einzelnen Behinderten garantiert sein.

Aufgrund der Entscheidung dieses Wahlvorstandes kann die Wählerliste erstellt werden.

d) Wahlausschreibung und Wahlvorschläge

Die Einleitung der Wahl zur BEHINDERTENVERTRETUNG soll in entsprechender Anwendung des BetrVG sowie der Wahlordnung zum BetrVG, soweit dies möglich ist, erfolgen.

Vom Wahlvorstand sind die Wählerlisten, auf denen die wahlberechtigten Behinderten sowie die wahlberechtigten Eltern bzw. Sorgeberechtigten aufgeführt sind, zum Aushang zu bringen. Abweichend von der Wahlordnung zum BetrVG sollen sowohl einzelne Behinderte bzw. Eltern oder Sorgeberechtigte als auch mehrere Angehörige dieser Personenkreise zur Einreichung von Wahlvorschlägen berechtigt sein. Darüber hinaus könnten aber auch seitens der hauptamtlich beschäftigten Mitarbeiter Wahlvorschläge eingereicht werden.

e) Die Wahl zur BEHINDERTENVERTRETUNG

Die Größe der BEHINDERTENVERTRETUNG richtet sich nach der Zahl der in der WfB beschäftigten Behinderten.

Für je angefangene 25 Behinderte muß ein Vertreter in die BEHINDERTENVERTRETUNG gewählt werden.

Die Wahl selbst ist eine *Mehrheitswahl.* Die Behinderten bzw. die an deren Stelle das passive Wahlrecht ausübenden Eltern bzw. Sorgeberechtigten, die die meisten Stimmen auf sich vereinigen, sind gewählt.

f) Minderheitenschutz

Um zu verhindern, daß eine BEHINDERTENVERTRETUNG nur aus Behinderten oder auch nur aus Eltern bzw. Sorgeberechtigten besteht, gilt ein Minderheitenschutz. Dieser richtet sich nach dem Grundgedanken des § 10 BetrVG.

Besteht also eine BEHINDERTENVERTRETUNG aus fünf Mitgliedern, so muß eine gewählte Person stets ein Behinderter oder ein Elternteil bzw. Sorgeberechtigter sein. Dieser Fall kann dann eintreten, wenn die fünf Gewählten, die die meisten Stimmen auf sich vereinigt haben, nur Behinderte oder nur Eltern bzw. Sorgeberechtigte sind. In diesem Fall hat also der an fünfter Stelle liegende Gewählte seinen Platz zugunsten eines nicht gewählten Behinderten bzw. eines Elternteils bzw. Sorgeberechtigten zu räumen.

Bei größeren BEHINDERTENVERTRETUNGEN würde sich der Minderheitenschutz entsprechend § 10 BetrVG erweitern.

g) Aufgaben der BEHINDERTENVERTRETUNG

Entsprechend den Aufgaben der Jugendvertretung des BetrVG (§ 70 BetrVG) bestimmen sich auch die Aufgaben der BEHINDERTENVERTRETUNG.

Von ihr sind alle Angelegenheiten zu beraten und zu beschließen, die die Interessen der Behinderten berühren.

Besteht in einer WfB ein Betriebsrat, so hat im Anschluß an eine Sitzung der BEHINDERTENVERTRETUNG eine gemeinsame Sitzung mit dem Betriebsrat stattzufinden. Zu ihr ist später auch ein Vertreter des Arbeitgebers, also in der Regel des Vorstandes sowie der Werkstattleiter selbst oder sein Stellvertreter hinzuzuziehen.

Besteht in einer WfB kein Betriebsrat, so entfällt die Einschaltung des Betriebsrates.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Frohnauerstr. 74—90, 1000 Berlin 28

Stellungnahme zur Planungsstudie

30. Dezember 1977

Im Auftrage der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie nehme ich zu der durch die Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH vorgelegten Studie Stellung.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie kann sich den allgemeinen Ausführungen der Planungsstudie zum Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie einschließlich Psychotherapie (S. 31 bis 60) im wesentlichen anschließen.

Sie hält es aber für erforderlich, folgende Gesichtspunkte und Forderungen noch einmal besonders hervorzuheben:

1. Eine ausreichende Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher ist ohne einen entscheidenden *Zuwachs an Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie* nicht möglich. Auch 1976 machten die neu ausgesprochenen Facharztanerkennungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur jeweils 10 v. H. der Neuanerkennungen auf den Gebieten Pädiatrie und Neurologie-Psychiatrie aus. Bei genügendem Interesse für die Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt dies u. a. daran, daß an den für die Weiterbildung geeigneten Einrichtungen zu wenig Arztstellen für diesen Weiterbildungsgang vorhanden sind. Es sollten deswegen umgehend Schritte unternommen werden, um die Forderungen aus dem Bericht der Sachverständigen-Kommission nach Einrichtung zusätzlicher Weiterbildungsstellen (B 3.7.1.4.3/S. 244) zu erfüllen. Richtigerweise geht auch die Planungsstudie im Abschnitt Prioritäten (S. 299) davon aus, daß die Weiterbildungsstellen jeweils bereits vor der Erstellung neuer Einrichtungen vorhanden sein müssen.

2. Bei der *Planung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen,* insbesondere von

Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie, sollten hinsichtlich der Bettenmeßziffern die Planungsvarianten der Planungsstudie beachtet werden. Der gegenwärtige Geburtenrückgang und die Tatsache, daß der Bedarf unterschiedlich in Erscheinung tritt, dürfen nicht dazu verleiten, die Versorgungsbedürfnisse zu unterschätzen. Der Geburtenrückgang sollte die Bemühungen um die psychische Gesundheit der nachwachsenden Generation verstärkt in Gang setzen. Insbesondere aber muß noch einmal unterstrichen werden, daß stationäre Einrichtungen regional unter Berücksichtigung ihres Zusammenhanges mit den übrigen, vor allem den ambulanten Versorgungseinrichtungen, zu planen sind.

3. *Ungenutzte Bettenkapazitäten in Kinderkliniken* eignen sich nicht ohne weiteres zur Umwandlung in kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen. Die vorhandenen Möglichkeiten entsprechen nur zum Teil den Versorgungsbedürfnissen psychisch gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher. Vor allem ist zu befürchten, daß die Versorgung innerhalb eines Kinderkrankenhauses gerade schwerwiegendere Störungen und ausgeprägtere Beeinträchtigungen ausschließen könnte. Bei allen derartigen Überlegungen sollten deswegen die Ausführungen der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie im Anhang zum Bericht der Sachverständigen-Kommission (S. 37 bis 40) berücklichtigt und die entsprechenden Planungsvarianten der Planungsstudie (S. 55) sowie deren Beurteilung (S. 46/47) zugrundegelegt werden.

4. Hinsichtlich der *Schlüsselzahlen für Ärzte und Psychologen* in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Planungsstudie S. 38/39) hat die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie neue Überlegungen angestellt. Sie gründen sich auf die Erfahrung, daß bei kurz- und mittelfristiger stationärer Unterbringung nicht nur für diagnostische Maßnahmen, sondern vor allem für therapeutische Einflußnahme ein erheblicher Zeitaufwand notwendig ist. Die entsprechenden Berechnungen, deren Ergebnis zu gegebener Zeit veröffentlicht wird, dürften auf eine Schlüsselzahl von 1 : 5 hinauslaufen.

Abschließend sei hier noch einmal betont, was in dem entsprechenden Abschnitt des Berichtes der Sachverständigen-Kommission wie in der Planungsstudie wiederholt zum Ausdruck gebracht worden ist:

Die Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher bleibt unzulänglich, kann die vorhandenen Möglichkeiten einer mittel- und personalsparenden Zusammenarbeit nicht ausschöpfen und ist für den einzelnen mit schwerwiegenden Hindernissen verbunden, wenn es nicht zu einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Bildungswesen und Sozialhilfe bei Planung und Durchführung und bei einer Vereinfachung der Kostenregelungen kommt.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde *)
Beethovenplatz 4, 8000 München 2

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

Januar 1976

Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland wurde am 25. November 1975 als Unterrichtung durch die Bundesregierung dem Deutschen Bundestag zugeleitet. Der Untertitel — *Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung* — läßt ebenso aufhorchen wie ein Auszug aus dem Begleitschreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. In ihm heißt es u. a.:

„Die Bundesregierung hat zur Erarbeitung der Enquete eine unabhängige Sachverständigen-Kommission berufen. Bei der Ausführung des ihr erteilten Auftrages war die Sachverständigen-Kommission frei, ihren eigenen Erkenntnissen und Auffassungen zu folgen. Die Enquete kann weder als Ganzes noch in den Einzelheiten als Bericht der Bundesregierung angesehen werden."

„Die Verwirklichung sowohl der Sofortmaßnahmen zur Behebung der in der Enquete aufgezeichneten dringlichen Probleme als auch der längerfristigen Maßnahmen ist von finanziellen Möglichkeiten abhängig."

„Da die Kosten der kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen bei Bund, Ländern, Gemeinden und Trägern sehr erheblich sind, muß schon jetzt darauf hingewiesen werden, daß die Realisierung nur sehr langsam und abgestuft möglich ist und zusätzliche Mittel angesichts der angespannten Finanzlage der Kostenträger gegenwärtig nicht aufgebracht werden können."

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde hat bei Vorlage der „Enquete" den Schlußbericht grundsätzlich begrüßt. Zahlreiche Mitglieder der DGPN gehörten der vom Minister berufenen Sachverständigen-Kommission an. Es ist nicht Absicht und Aufgabe, an dieser Stelle eine auch nur einigermaßen hinreichend abgewogene Beurteilung zu erstellen. (Der Schlußbericht umfaßt 426, der Anhang zu diesem Bericht weitere 1192 Druckseiten.) Nach einem ersten Eindruck wird ein fruchtbares Ergebnis deutlich, wobei die DGPN

*) aus: Sonderheft Spectrum 1/1976, S. 15—18

weitgehend einen Einklang zu Ergebnissen feststellen kann, die von ihr 1971 als „Rahmenplan einer Versorgung psychisch Kranker" erarbeitet wurden. So ergibt sich zusammen mit dem großen Sammelreferat von W. Schulte (†) auf dem Deutschen Ärztetag 1970 zur Lage der Psychiatrie eine Kette wertvollster Analysen und Impulse zu der bisher zum Teil nur zögernd sich verwirklichenden Überwindung eines übergroßen Nachholbedarfs in der Behandlung psychisch Kranker und der dafür zu schaffenden Voraussetzungen.

Gleichwohl darf hier anerkennend nicht übersehen werden, daß besonders während der letzten zehn Jahre auf allen Stufen der Hilfe für psychisch Kranke unter großen finanziellen Anstrengungen bedeutende Fortschritte gemacht wurden. Wir können insgesamt feststellen, daß für die Arbeit und Aufgabe der Psychiatrie und der in ihr integrierten Forschungs- und Behandlungsgebiete auch die nichtärztliche Öffentlichkeit sich zunehmend interessierter und aufgeschlossener zeigte. Diese Entwicklung voranzutreiben und vor erneuter Versandung zu bewahren, muß unser Bestreben bleiben, ihr muß unsere Arbeit gelten.

Die Vorlage des Schlußberichts über die Lage der Psychiatrie ist ein Meilenstein. Dabei konnte bei völlig unabhängiger Tätigkeit der Mitglieder der Sachverständigen-Kommission eine völlige Übereinstimmung nicht erwartet werden. Trotzdem wird im Interesse des weiteren Vorgehens eine weitergehende Übereinstimmung vermißt. Die verschiedenen Aspekte von ganz unterschiedlichen Standpunkten und Zielrichtungen der Kommissionsmitglieder waren offenbar nicht hinreichend zu koordinieren, geschweige denn zu harmonisieren.

So blieb nur der Weg, dem Schlußbericht Sondervoten einzelner Kommissionsmitglieder beizugeben. So hat Prof. Hippius, Kommissionsmitglied und Vizepräsident unserer Gesellschaft, in einer eigenen Stellungnahme zum Schlußbericht einen kritischen Beitrag erstellt. Dieses Sondervotum ist gestützt von weiteren Mitgliedern der Kommission und hat die Billigung der Mitglieder des Vorstandes der DGPN. Diese Stellungnahme ist neben weiteren Sondervoten dem Schlußbericht beigefügt. Auf diese konstruktive kritische Äußerung von Hippius kann im einzelnen nicht eingegangen werden. Kritische Hinweise beziehen sich u. a. auf die Organisationsform der Kommission und deren Zusammensetzung mit z. B. nur einem Niedergelassenen Nervenarzt und unzureichend dargestellten und motivierten Prioritäten unter Berücksichtigung der Realisierbarkeit. Das Sondervotum wendet sich insbesondere gegen die im Schlußbericht vorherrschende Überzeugung, daß Verbesserung und Reform durch mehr Institutionalisierung erreichbar sei. Dem stellt Hippius entgegen, daß gerade bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Tätigkeit institutionelle Dienste gegenüber der Möglichkeit der ganz freien persönlichen Begegnung des psychsich Kranken mit dem Helfenden auf das gerade noch Notwendige beschränkt werden müsse. Der für die DGPN als unabdingbar bezeichneten Integration auch der Psychotherapie, verankert im Versorgungssystem für psychisch Kranke und Behinderte, gelten ausführliche Hinweise. Im übrigen müssen Einzelheiten des Sondervotums nachgelesen werden.

In voller Würdigung der außerordentlichen Arbeit derer, die in vier Jahren in der Kommission und in zahlreichen Arbeitsgruppen sowie durch Einzelbeiträge die ungemein reichhaltige Materialsammlung schafften und den Schlußbericht erstellten, bleibt nunmehr *das weitere Vorgehen* das Wesentliche! Nach sicher zu erwartender weiterer kritischer, aber konstruktiver Prüfung kommt es nunmehr auf zielstrebige Durchsetzung der sich ergebenden Notwendigkeiten an, und zwar nach dem Maßstab der Priorität.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat eine Kosten- und Planungsstudie durch eine Planungs-GmbH in Auftrag gegeben. Diese offenbar moderne, sich nicht nur auf die Realisierbarkeit in der Kostenfrage erstreckende Überprüfung nach dem Text des Schlußberichtes darf mit großer Spannung erwartet werden. Dieses Ergebnis, mit den sich daraus ergebenden Maßnahmen, kann nach Auffassung der DGPN nicht allein der Beurteilung einzelner Mitglieder der bisherigen Arbeitskommission vorbehalten bleiben. Zumindest der Vorstand dieser Kommission muß nach unserer Auffassung weiter beteiligt bleiben. Nur so kann das hier unbedingt vorrangige Prinzip der Zweckmäßigkeit und der allseitigen Ausgewogenheit erreicht werden. Es bleibt die Gefahr, sich mit Eifer einer guten Sache zu verschreiben, aber im Methodischen stecken zu bleiben, sich darin zu verlieren. Der Wunsch geht auch dahin, daß nach Beratung im Bundestag und damit Vorlage in der Öffentlichkeit der Schlußbericht auch zu Klarstellungen und zur Bereinigung von Grundbegriffen führen möge, die auch im Bericht nicht immer richtig zugeordnet scheinen.

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat im o. e. Begleitschreiben auch auf die Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten hingewiesen. Dieser Wink ist gar zu deutlich. Die DGPN stellt demgegenüber die unbestreitbare Tatsache eines Nachholbedarfs heraus, den nicht die Psychiatrie verschuldet hat. Was heute auch nach den Ergebnissen der Enquete vor allem im stationären und dem diesen begleitenden Bereich sich zum Teil als besonders schlecht darstellt, wurde von der Psychiatrie wieder und wieder bei den Trägern und in der Öffentlichkeit vorgebracht; Abhilfe wurde gefordert. Ebenso war der hier fraglos außerordentliche hohe Finanzbedarf ein nur nach und nach zu beseitigendes Hindernis. Jetzt laufen die Kranken Gefahr, daß schon in Angriff genommene Psychiatriepläne der Länder mit minderer Eile durchgeführt oder weniger umfangreich als unbedingt notwendig weitergeführt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde wendet sich an Bund, Länder und sonstige Träger stationärer, halbstationärer und flankierender Maßnahmen, in vollem Umfang die schon bestehende Planung durchzuführen und zu beschleunigen. Der Bürger ist dies dem seelisch Kranken nach bisher ständiger Vernachlässigung schuldig. Es geht nicht in erster

Linie um sog. unterversorgte Gebiete auf Landkarten. Hier ist die Entwicklung der jüngsten Zeit durchaus positiv. Schaffen wir würdige Möglichkeiten im stationären Bereich und flankierende Einrichtungen. Zu alledem zeigt der Schlußbericht über die Frage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Wege auf.

Die DGPN ist auch weiterhin bereit, dabei mitzuhelfen. Sie verfolgt mit wachem Interesse das weitere Schicksal der Enquete und vertraut dem dominierenden Einfluß des Deutschen Bundestages insbesondere darin, daß er über seinen Gesundheitsausschuß den guten Impulsen der Enquete zum Durchbruch verhilft und für dabei auftauchende wirtschaftliche Notwendigkeiten auch Wege gefunden werden.

Unsere psychisch kranken und behinderten Mitbürger warten auf unsere Hilfe.

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V.
Schloß, 6800 Mannheim 1

Stellungnahme zur Planungsstudie

30. Januar 1978

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie begrüßt die vorgelegte Planungsstudie als eine Konkretisierung der Arbeit der Sachverständigen-Kommission. Anlage und Ausführung der Planungsstudie bieten nicht nur Grundlagen für langfristige Planungen im Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung, sondern sie setzt auch bereits jetzt regionale Arbeitsgruppen von Berufstätigen (z. B. psychosoziale Arbeitskreise) in die Lage, ihre Tätigkeit aufeinander abzustimmen und Schwerpunkte zu setzen. Von daher wäre es sehr begrüßenswert, wenn die Planungsstudie (in überarbeiteter Form) eine möglichst weite Verbreitung finden könnte.

Besonders begrüßenswert ist, daß auch nach den Ergebnissen der Planungsstudie die Verabschiedung eines Gesetzes zur Ausübung der Heilkunde durch psychologische Therapeuten oberste Priorität eingeräumt wird. Die Bedeutung der Tätigkeit von Psychologen in der psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung wird durch die Planungsstudie nochmals unterstrichen.

Stellungnahmen zu umfangreichen Vorlagen verleiten dazu, besonders solche Einzelaspekte hervorzuheben, an denen Kritik anzumelden ist und die verbesserungsbedürftig erscheinen. Das gilt auch für die vorliegende Stellungnahme. Die grundsätzliche positive Einschätzung der Planungsstudie soll deshalb nochmals betont werden.

1. Konzeptionelle Probleme

Durch die in der Studie verwandte Planungstechnik ergeben sich zwei Probleme:

a) Bereiche, über die relativ wenig Daten vorliegen, werden bei der Quantifizierung und Kostenberechnung kaum berücksichtigt (Vorfeld, Beratungssektor, Prävention), Bereiche, die gut quantifizierbar sind (z. B. stationäre Versorgung), erscheinen besonders hervorgehoben.

b) Durch die Segmentierung in einzelne Teilgebiete geht das integrierte Gesamtkonzept des Sachverständigenberichts teilweise verloren; der Gesamtzusammenhang läßt sich aus der Addition der Teilgebiete nicht vollständig rekonstruieren.

Im einzelnen sind folgende Punkte zu kritisieren:

— Die Planungsstudie verstärkt die schon in der Enquête angelegte Betonung der kurativen zu Lasten der präventiven Maßnahmen. Im passiv-empfangenen Sinne „versorgt" werden im wesentlichen diejenigen, die schon als „Kranke" und „Behinderte" zum „Fall" geworden sind.

— Der Bereich der Prävention findet sich in Personal- und Kostenrechnungen nicht mehr wieder. Es gibt lediglich Zielkataloge und Appelle (z. B. S. 85 oder S. 179).

— Das „Vorfeld" der Versorgung kommt bei Personal- und Kostenrechnungen nicht mehr vor. Hierdurch geht die Konzeption der „psycho-sozialen" Versorgung weitgehend verloren, d. h. die Verzahnung mit sozialen Diensten wird nicht genügend berücksichtigt; sie müßte sich auch kostenmäßig auswirken. Insbesondere gehört das sehr bedeutende Feld der weniger spezialisierten Beratungsdienste zum Vorfeld der Versorgung. In der Planungsstudie gehen Beratungsdienste generell in dem ohnehin zu gering bemessenen ambulanten Sektor unter.

— Das Gebiet der ambulanten Dienste ist zu gering gewichtet, wenn man es mit dem stationären und dem Rehabilitationssektor vergleicht. So entfallen zum Beispiel von den 99 vorgesehenen Stellen im Bereich „Allgemeine Psychiatrie" — bezogen auf ein Standardversorgungsgebiet (S. 285) — lediglich 14 Stellen auf den ambulanten und beratenden Sektor. Neben der Tendenz zur kurativen Orientierung zeigt sich demnach zunehmend eine „intra-murale" Orientierung, eine Überbetonung des stationären Bereichs.

Insgesamt entsteht — stärker noch als in dem Enquête-Bericht — der Eindruck einer passiven Versorgung von als „Kranke" und „Behinderte" definierten Menschen. Die Wege, auf denen frühzeitig Fähigkeiten und Selbsthilfemöglichkeiten bei den später Betroffenen entwickelt werden können, um eine „Erkrankung" und Hospitalisierung zu vermeiden, sind kaum Planungsgegenstand — die Bedeutung des Vorfeldes wird nicht genügend berücksichtigt, die Orientierung ist weitgehend medizinisch. Die

mangelnde Repräsentation psychologischen und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes in der Enquête-Kommission und ihren Arbeitsgruppen kommt in der Planungsstudie besonders deutlich zum Ausdruck: Es dominiert die Vorstellung, daß ein bestimmter Anteil der Bevölkerung schicksalhaft zu „psychisch Kranken" und zu „Behinderten" wird. Es wird nicht ausreichend gesehen, daß für diese Menschen die Weichen gestellt werden, bevor sie zum diagnostizierten Fall geworden sind.

2. Diplom-Psychologen und Psychologische Therapeuten (Fachpsychologen für Psychotherapie)

In der Planungsstudie wird stärker noch als in dem Sachverständigenbericht deutlich, daß bei den Autoren über die Qualifikation und Ausbildung von Diplom-Psychologen nur unklare Vorstellungen bestehen. Gelegentlich wird von (Diplom-)Psychologen gesprochen, gelegentlich von Klinischen Psychologen, ansonsten von Psychologischen Psychotherapeuten. In der Regel scheinen die Bezeichnungen synonym verwendet zu werden, in Kapitel 3.1513 wird hingegen zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Klinischen Psychologen ausdrücklich unterschieden. Zur Begriffsklärung sei auf folgendes hingewiesen:

— Das Universitätsstudium im Fach Psychologie wird generell mit einer Diplom-Prüfung abgeschlossen.

— Während des zweiten Studienabschnitts (nach der Diplom-Vorprüfung) besteht für die Studierenden die Möglichkeit einer Schwerpunktbildung im Hinblick auf eine spätere Berufstätigkeit, etwa für eine Tätigkeit in der psychosozialen Versorgung (Klinische Psychologie), in Schule und Bildungswesen (Pädagogische Psychologie), in der Stadtplanung und Umweltgestaltung (Umweltpsychologie), in Betrieben (Betriebspsychologie) usw.

— Diplom-Psychologen, die nicht eine Schwerpunktausbildung im Bereich der Klinischen Psychologie gewählt haben, sind trotzdem häufig in Bereichen tätig, denen eine wichtige Funktion für die Prävention psychischer Störungen zukommt, etwa Schul- oder Betriebspsychologen.

— Diplom-Psychologen, die während ihres Studiums den Schwerpunkt Klinische Psychologie gewählt haben, sind für eine Vielzahl von Tätigkeiten im Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung *aufgrund ihres Studiums* qualifiziert. Sie studieren in der Regel als Nebenfach „Psychopathologie", besuchen Lehrveranstaltungen zur Psychologie abweichenden Verhaltens und erwerben Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Psychologischen Diagnostik und der Psychologischen Intervention (einschließlich der Psychotherapie), so daß die ohne eine Zusatz- oder Weiterbildung im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Resozialisierung tätig sein können.

— Eine Vielzahl von Diplom-Psychologen mit einer Schwerpunktausbildung in Klinischer Psychologie vertiefen nach ihrem Studium im Rahmen einer Weiterbildung ihre psychotherapeutischen Kenntnisse und Fertigkeiten, so daß sie zu einer eigenständigen und eigenverantwortlichen psychotherapeutischen Tätigkeit qualifiziert sind.

Es erscheint daher keinesfalls gerechtfertigt, davon auszugehen, daß nur Diplom-Psychologen mit einer Weiterbildung (oder Zusatzausbildung) im Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosozialen Versorgung tätig sind oder tätig werden können.

3. Verständnis von Psychotherapie

Wenn auch in der Planungsstudie der Begriff „Psychotherapie" nicht mit „Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Verfahren" gleichgesetzt wird, so zeigt sich doch in der Verwendung des Begriffes und in der Spezifizierung psychotherapeutischer Verfahren, daß das Verständnis von Psychotherapie stark durch den psychoanalytischen Ansatz geprägt ist. Es ist äußerst bedauerlich, daß die Arbeitsgruppe Psychotherapie der Enquête-Kommission ausschließlich aus Vertretern tiefenpsychologischer Schulen zusammengesetzt war. Eine Hervorhebung der Psychoanalyse gegenüber etwa der Verhaltenstherapie oder der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie ist *wissenschaftlich keineswegs begründbar oder gerechtfertigt,* vielmehr ausschließlich historisch und politisch zu verstehen.

Klassische Psychotherapie wurde vorwiegend als Therapie von Neurosen und psychosomatischen Krankheiten verstanden. Demgegenüber hat etwa die Entwicklung der Verhaltenstherapie in den USA ihren Ausgangspunkt gerade nicht in der Therapie von Neurotikern genommen, sondern zu Beginn stand die Behandlung von Schizophrenen, Retardierten und Behinderten. In den letzten zwanzig Jahren konnte empirisch nachgewiesen werden, daß Verfahren der psychologischen Intervention für weite Bereiche von psychischen Krankheiten bzw. Störungen erfolgreich zum Einsatz gebracht werden können, sowohl bei exogenen Psychosen und endogenen Psychosen als auch bei Süchten, psychosomatischen Störungen, Neurosen, bei Behinderten und Retardierten und anderen Verhaltensauffälligkeiten.

Der Begriff „Psychotherapie" ist für die Kennzeichnung all dieser Verfahren und Maßnahmen nicht angebracht. Psychotherapie ist nur eine spezielle Form klinisch-psychologischer Intervention, neben etwa (klinisch-psychologischer) Beratung, Training oder Verhaltensmodifikation. Methoden klinisch-psychologischer Intervention sind nicht nur auf den engeren kurativen Sektor beschränkt; sie sind einsetzbar zur Prävention, zur Resozialisierung und Rehabilitation.

Die Orientierung an dem engen Psychotherapiebegriff (im Sinne der klassischen Psychoanalyse) hat in dem Sachverständigenbericht zu der unglücklichen Trennung zwischen psychiatrischer Versorgung und psychotherapeutisch/psychosomatischer Versorgung geführt. Nicht nur im Interesse einer möglichst optimalen „Versorgung" psychisch kranker Menschen, sondern auch im Hinblick auf ein möglichst kosten-

günstiges Versorgungssystem ist dringend zu fordern, klinisch-psychologische Interventionsverfahren (einschließlich Psychotherapie) gerade auch im stationären und teilstationären Bereich in größerem Umfang zum Einsatz zu bringen.

4. Einsatzmöglichkeiten von Psychologen

Bei den Planungsvarianten werden unter dem Punkt „Berufsgruppen" Ärzte und Psychologen (einschließlich Psychotherapeuten) gemeinsam aufgeführt. Wir begrüßen dies, sofern damit eine Gleichstellung (Gleichberechtigung) dieser Berufsgruppen angezeigt werden soll. Eine Gleichsetzung von Ärzten und Psychologen ist jedoch nicht sinnvoll. Es wäre unökonomisch, Diplom-Psychologen mit einer klinisch-psychologischen Schwerpunktausbildung (im folgenden als „Klinische Psychologen" bezeichnet) zu „Halb-Psychiatern" oder Fachärzte für Psychiatrie zu „Halb-Psychologen" machen zu wollen. Ärzte und Psychologen sind aufgrund ihrer Berufsausbildung für spezifische, wenn auch sich überschneidende Tätigkeitsbereiche qualifiziert. Für den Klinischen Psychologen sind diese primären Tätigkeitsbereiche vor allem die Psychodiagnostik und die klinisch-psychologische Intervention einschließlich der Psychotherapie im Rahmen von Prävention, Behandlung, Resozialisierung und Rehabilitation.

Es entsteht der Eindruck, daß die in der Planungsstudie angegebenen Relationen zwischen Ärzten und Psychologen (z. B. in der Allgemeinen Psychiatrie: 75:25; bei neurotisch und psychosomatisch Kranken: 50:50) sind ebenfalls an dem eingeschränkten Psychotherapiebegriff orientieren und damit das Gesamtspektrum klinisch-psychologischer Tätigkeiten nicht berücksichtigt wird. Insbesondere in den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Suchtkranken und der neurotisch Kranken (aber auch zum Beispiel im Bereich der Allgemeinen Psychiatrie) gibt es viele Institutionen, in denen der Anteil von Psychologen bereits heute größer ist als dies in der Planungsstudie angestrebt wird. Zudem gibt es in der Bundesrepublik Deutschland schon jetzt insgesamt mehr niedergelassene Klinische Psychologen als Niedergelassene Psychiater und Nervenärzte (vgl. das Gutachten von Professor Schulte vom 25. Juli 1974).

Es erscheint uns nicht sinnvoll, die relativ willkürlich gesetzten Angaben zur Relation von Ärzten und Psychologen bzw. zur Anzahl der Psychologen an dieser Stelle zu korrigieren. Dies sollte vielmehr im Rahmen von Beratungen erfolgen, in denen aufgrund der personellen Zusammensetzung *sowohl* die ärztlich/psychiatrischen Gesichtspunkte *als auch* die klinisch-psychologischen Gesichtspunkte *angemessen* berücksichtigt werden können. Eine Orientierung an derzeitigen Verhältnissen ist nur begrenzt möglich, da aufgrund der historischen Entwicklung, der relativ jungen Fortschritte im Bereich der Klinischen Psychologie und aufgrund der juristischen Bestimmungen die derzeitige Situation nicht die potentiellen Einsatzmöglichkeiten von Klinischen Psychologen wiedergibt.

In der Planungsstudie wird verschiedentlich auf die „... z. T. erheblichen Personaldefizite" bei den therapeutischen Berufsgruppen hingewiesen, „die sich nach derzeitigen Prognosen auch bei günstigster Entwicklung in den nächsten zwanzig Jahren nicht ganz beseitigen lassen" (S. 13). An anderen Stellen (z. B. S. 88) ist von der „z. T. sehr begrenzten Personalmenge" von Klinischen Psychologen die Rede.

Demgegenüber ist festzuhalten, daß bereits heute sehr viele Diplom-Psychologen arbeitslos sind. Ende 1976 waren 1 033 Diplom-Psychologen bei den Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit als arbeitsuchend gemeldet; die Zahl dürfte inzwischen bedeutend größer sein. Erfahrungsgemäß suchen weit über 50 Prozent der Diplom-Psychologen einen Arbeitsplatz im Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung. Aufgrund der erheblichen Erweiterung der Zulassungszahlen für das Numerus clausus-Fach Psychologie ist davon auszugehen, daß in der nächsten Zeit mindestens 500 Berufsanfänger mit einer klinisch-psychologischen Schwerpunktbildung jährlich neu auf den Arbeitsmarkt drängen.

Zumindest für Klinische Psychologen ist daher die Befürchtung der Planungskommission hinsichtlich einer „sehr begrenzten Personalmenge" weitgehend unbegründet. Die Personaldefizite sind vielmehr durch die derzeitige Rechtslage, nach der Psychologen die Ausübung der Heilkunde verwehrt ist, und durch einen Mangel an Stellenangeboten in Institutionen der psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung verursacht.

5. Beratungsstellen

Die Sachverständigen-Kommission hat in ihrem Abschlußbericht die zentrale Rolle von gemeindenahen Beratungs- und Behandlungsangeboten für den Bereich der ambulanten Versorgung immer wieder hervorgehoben. Besonders die Schaffung von Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien (Sachverständigenbericht S. 238 ff.) und für psychisch kranke alte Menschen (S. 252 f.) wird gegenüber anderen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten bevorzugt. Dies ist wohl begründet, da unter anderem:

— Beratungsstellen multidisziplinär besetzt sind und daher den vielfältigen Problemen und Aufgaben besser gerecht werden können als Einzel- oder auch Gruppenpraxen niedergelassener Fachärzte oder Klinischer Psychologen;

— Beratungsstellen mit ihrem umfangreichen Personal eher den notwendigen Kontakt zu den für die Zielpopulation wichtigen Institutionen wie Kindergarten, Schule, Kinder- und Altenheim, Tagesstätten und andere mehr halten können;

— Beratungsstellen die notwendige Verlagerung der ambulanten Versorgung in die natürliche Umgebung, vor allem in die Familien, ermöglichen, die in kleineren Versorgungseinrichtungen nicht zu verwirklichen ist;

— Beratungsstellen die Koordination kurativer, rehabilitativer und präventiver Aufgaben durch multiprofesionelle Besetzung eher gewährleisten können als andere vergleichbare Versorgungseinrichtungen.

Demgegenüber nimmt die Planungsstudie keine Unterscheidung zwischen den verschiedenen ambulanten Versorgungsangeboten vor, so daß der Eindruck entsteht, sie seien gleichwertig (S. 40), oder sie klammert Beratungsstellen für psychisch kranke alte Menschen aus der Planung sogar vollständig aus (S. 97, S. 110). Diese Zurückstellung von Beratungsstellen ist nicht gerechtfertigt. Es ist nachdrücklich zu fordern, der Empfehlung der Sachverständigen-Kommission nach bevorzugtem Ausbau von Beratungsstellen im Bereich der ambulanten Versorgung zu folgen.

6. Psychagogen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Die Unterscheidung zwischen (Erwachsenen-)Psychotherapeuten und Psychagogen, die bereits in den Bericht der Sachverständigen-Kommission Eingang gefunden hat, ist nicht aufrechtzuerhalten. Eine solche Unterscheidung ist nur historisch verständlich aus der Entwicklung der Psychoanalyse, und sie gilt auch nur für diese therapeutische Richtung. Die Gleichsetzung von „Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten" mit „Psychagogen" entspricht nicht der Realität.

Die Kindertherapie hat sich in den letzten Jahren zunehmend zu einer Eltern- bzw. Familientherapie, also Therapie von Erwachsenen, verlagert. Von daher sind an die Ausbildung und Qualifikation von Erwachsenen-Therapeuten und Kinder- und Jugend-Therapeuten die gleichen Ansprüche zu stellen. Auch wenn innerhalb der Psychoanalyse an dieser Unterscheidung festgehalten werden sollte, ist eine Übertragung auf andere psychotherapeutische Ansätze nicht gerechtfertigt.

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
Am Schlachtensee 2, 1000 Berlin 37

Stellungnahme zur Planungsstudie

31. Januar 1978

Die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPPT) gibt ihre Stellungnahme zu dem Bericht der Planungsfirma Heinle, Wischer und Partner, den diese im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellt hat, wie folgt ab:

Der Planungsstudie lag eine spezielle Aufgabenstellung zugrunde: Sie sollte die Feststellungen und Empfehlungen der Enquete in konkrete Planungsansätze umsetzen, um den für die Verwirklichung der Planungen zuständigen Behörden, Politikern und Fachleuten eine Übersicht über das Ausmaß der in der Enquete empfohlenen Veränderungen und Neuerungen sowie über die hierdurch anfallenden Kosten zu vermitteln.

Die Planungsfirma hat sich, wie die Studie zeigt, zwar bemüht, die Aussagen der Enquete soweit wie möglich zu berücksichtigen; entsprechend ihrer besonderen Aufgabenstellung hat sie aber eine andere Gliederung vorgenommen als in der Enquete. Dies hat zur Folge, daß

1. die Schwergewichte in den Aussagen sich teilweise gegenüber der Enquete verlagert haben, und daß
2. bestimmte für die Planungsansätze nicht verwertbare Aussagen der Enquete gar nicht in der Studie berücksichtigt werden.

Andererseits enthält die Planungsstudie in einzelnen Kapiteln, wie zum Beispiel in den Varianten über die unterschiedlichen Kooperationsmodelle im stationären und ambulanten Versorgungsbereich, in den Übersichten über die Personalausstattung und den sich daraus ergebenden Personalbedarf, über die Bettenmeßziffern und in den Kostentabellen sowie vor allem bei der Zusammenstellung der Prioritäten Aussagen, die keine entsprechenden Grundlagen in der Enquete haben. Diese Abschnitte stellen insofern echte und auch notwendige Ergänzungen zur Enquete dar, zumal sie auch mit Fachleuten der jeweiligen Spezialgebiete aus der ehemaligen Sachverständigen-Kommission abgestimmt worden sind.

Die DGPPT möchte nun zu denjenigen Inhalten der Planungsstudie Stellung nehmen, für welche sie sich als Standesorganisation der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologen der Bundesrepublik Deutschland für zuständig und sachverständig hält, nämlich zum Bereich der Psychotherapie und Psychosomatik.

Da es der Planungsfirma zweckdienlich erschien, ihren Bericht nach Gruppen von bestimmten Erkrankten zu gliedern (S. 28), wurden die Belange der Psychotherapie und Psychosomatik vor allem in *Kapitel 5: „Neurotisch und psychosomatisch Kranke"* (S. 167 bis 187) berührt. In diesem Abschnitt werden die Aussagen der Enquete über die ambulante und stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung weitgehend korrekt wiedergegeben. Mittels Darstellung von Varianten (Ausgangssituation, Mindestausstattung, mittlere Ausstattung und maximale Ausstattung— der ambulanten und stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung im regionalen und überregionalen Versorgungsbereich wird das gegenwärtige Versorgungsdefizit auf diesem Gebiet anschaulich gemacht und werden die notwendigen Ergänzungen sowohl, was den Personalbedarf als auch was die regionale Umverteilung anbelangt, unterstrichen. Positiv ist auch zu bewerten, daß die Koordination psychotherapeutisch/psychosomatischer Dienste mit psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Diensten und Beratungsstellen, wie

sie in der Enquete empfohlen wurden, aufgegriffen und daß hervorgehoben wird, daß eine solche Koordination nicht nur therapieintensiver ist, sondern auch besonders wirtschaftlich.

Die DGPPT hat Verständnis dafür, daß in der Planungsstudie entsprechend der ihr zugrundliegenden eingangs erwähnten besonderen Zielsetzung die psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung reduziert worden ist auf eine spezielle, mit Psychotherapie zu versorgende Gruppe von Erkrankten, nämlich die neurotisch und psychosomatisch Kranken. Wir möchten aber, damit die grundlegenden Aussagen, welche die Arbeitsgruppen Psychotherapie/Psychosomatik in ihren Beiträgen der Enquete eingefügt haben, nach der Lektüre der Planungsstudie dessen Leser nicht in Vergessenheit geraten, folgendes betonen:

Eine Reform der Versorgung aller psychisch Kranken darf sich nicht darauf beschränken, für jede Gruppe von Menschen, die an speziellen psychischen Krankheiten leiden, jeweils spezielle, möglichst perfekte Versorgungsdienste und Einrichtungen zu schaffen. Vielmehr wurde, nach Meinung der DGPPT mit Recht, in der Enquete an mehreren Stellen (Beratungskapitel [B 2.2.3], Psychotherapeutisch/psychosomatische Dienste [B 4], Koordination und Planung [B 6], Aus-, Weiter- und Fortbildung [C 2 bis C 4] und Primärprävention psychischer Störungen [E]) auf die Notwendigkeit hingewiesen, in Zukunft die bei der Entstehung und Entwicklung *aller* psychischen Erkrankungen beteiligten psychischen und sozialen Ursachenfaktoren mehr als bisher zu berücksichtigen (s. insbesondere Kapitel B 4.1.2 der Enquete: „Die Krankheitskonzepte der Psychotherapie/Psychosomatik und Formulierung zweier Prinzipien der Versorgung" und Kapitel B 4.1.3: „Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Formulierung eines dritten Prinzips der Versorgung"). Nur auf der Grundlage einer solchen Sichtweite psychischer Erkrankungen kann sich eine allen psychischen Erkrankungen angemessenere Versorgung zukünftig entwickeln. Die sich hieraus ergebenden notwendigen Forderungen, wie Verbesserung der psychotherapeutischen Ausbildung von Medizinstudenten, der psychotherapeutischen Fortbildung von Ärzten, der Ausstattung von Sozialarbeitern mit besserer psycho-sozialer Kompetenz, der Ausbau der Beratungsdienste u. v. a., wurden an verschiedenen Stellen des Enquete-Berichtes aufgezeigt.

In Kapitel 1: „Kinder- und Jugendpsychiatrie, einschließlich Psychotherapie" liegt nach Auffassung der DGPPT das Schwergewicht zu stark auf den von dem medizinischen Fachgebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie" in der Enquete empfohlenen Veränderungen und Neuerungen. Dies hat zur Folge, daß die große Bedeutung, welche die psychologisch-psychothearapeutische Beratung im Vorfeld psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, der Familientherapie, der Sozialtherapie sowie der Verringerung des gerade auf diesem Gebiet besonders katastrophalen Defizits an Fachkräften nicht mit der notwendigen Klarheit ersichtlich wird. Die DGPPT schließt sich in diesem Zusammenhang den Bedenken der damaligen Sachverständigen-Kommission an, welche kritisch zu den in der Planungsstudie beschriebenen Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie Stellung genommen hat, insbesondere was deren geforderte Anzahl und deren Umfang betrifft (Seite 8 der Stellungnahme zur Planungsstudie durch die Ehemalige Sachverständigen-Kommission).

Die Prioritäten (S. 293 bis 312) wurden von der Planungsfirma, da der Enquete-Bericht nur allgemeinere und auch unvollständige Aussagen hierzu enthält, in gemeinsamer Absprache mit Mitgliedern der ehemaligen Sachverständigen-Kommission konzipiert und erstellt. Was den Bereich der neurotisch und psychomatisch Kranken betrifft (S. 306 und 307), so wurden dort nach Meinung der DGPPT die notwendigen Forderungen nach Verbesserung der psychotherapeutischen, psychosomatischen und psycho-sozialen Versorgung und nach Verbesserung der psychotherapeutischen und psychosomatischen Fort- und Weiterbildung verschiedener Berufsgruppen sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich der Eingliederung in die 4 Zeitstufen der Verwirklichung wiedergegeben. Die DGPPT begrüßt es und unterstützt nachdrücklich die Notwendigkeit, daß für Stufe 1, also für Maßnahmen, die bis 1980 verwirklicht werden sollen, auch die Schaffung eines medizinischen Fachgebietes für Psychotherapie und Psychosomatik aufgeführt worden ist. Dasselbe gilt für die Anerkennung der Psychotherapeutischen Institute und die volle Ausführung der ärztlichen Ausbildungsordnung bezüglich der Einbeziehung von Psychotherapie und Psychosomatik, welche ebenfalls beide in die Zeitstufe 1 der Prioritäten eingegliedert wurden.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.
Südstr. 25, 3050 Wunstdorf 1

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

14. Juni 1978

Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland stellt erstmals die psychiatrisch-psychohygienische Versorgung für das gesamte Bundesgebiet dar und schlägt auftragsgemäß Maßnahmen zur Verbesserung der derzeitigen Betreuung und Behandlung seelisch Kranker und geistig Behinderter vor. Der Bericht hat in großer Breite unbestrittene Mißstände bei der Versorgung psychisch Kranker in das öffentliche Bewußtsein gehoben, nachdem diese bereits jahrelang in mehr

fachspezifischen Publikationen diskutiert wurden. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) hält es im Interesse der betroffenen Bevölkerung für dringend geboten, die im Enquete-Bericht aufgezeigten schwerwiegenden Versorgungsmängel schnellstmöglichst zu beheben. Dabei macht sie sich die von der Enquete-Kommission selbst aufgezeigten Leitlinien voll inhaltlich zu eigen, wobei nach Auffassung der DGSP der

- — Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken
- — differenzierten gemeindenahen Versorgung
- — Aus-, Weiter- und Fortbildungsproblemen
- — klaren Finanzierungsregelungen sowie
- — klaren Kompetenzabgrenzungen

besondere Bedeutung zukommt. Ohne die Wichtigkeit anderer Fragen und Probleme zu verkennen (z. B. die unzureichende Betreuung Suchtkranker, psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher sowie psychisch Alterskranker) wird sich unsere Stellungnahme auf die genannten Fragenkomplexe beschränken, da wir der Auffassung sind, daß sich an der Durchführung der hiervon abzuleitenden Forderung die intendierte Reform der Psychiatrie entscheidet.

1. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie begreift die psychiatrische Versorgung als Teil des Gesundheits- und Sozialsystems in der Bundesrepublik Deutschland. Sie unterstützt deshalb nachdrücklich die Forderung der Sachverständigen-Kommission nach vollständiger rechtlicher, sozialer und finanzieller Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken. Dies bedeutet, daß alle gegenwärtig noch immer bestehenden rechtlichen oder auch tatsächlichen Benachteiligungen psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken umgehend beseitigt werden müssen. Dies gilt z. B. auch für nur mittelbar auf die Qualität der Versorgung sich auswirkende Regelungen, wie z. B. den sogenannten Halbierungserlaß oder die Angleichung der Pflegesätze in psychiatrischen Krankenhäusern und in Krankenhäusern für körperlich Kranke.

2. Der von der Sachverständigen-Kommision empfohlene Aufbau eines umfassenden, bedarfsgerechten und gemeindenahen Systems zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter wird von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie voll unterstützt. Wir begrüßen deshalb die Empfehlung der Kommission, nicht nur die großen psychiatrischen Krankenhäuser drastisch zu verkleinern, sondern — wo immer möglich — psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser anzugliedern. Die von der Sachverständigen-Kommission empfohlene Richtzahl von ca. 200 Betten/Plätzen für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern halten wir indessen für problematisch und revisionsbedürftig. Nicht nur, daß die Erfahrung seit Erstellung des Enquete-Berichtes gezeigt hat, daß auch wesentlich kleinere Abteilungen voll funktionsfähig sein können (z. B. in Rheydt, Hannover, Freudenstadt, Bad Driburg u. a.); das starre Festhalten an dieser Richtzahl würde die wünschenswerte Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung auch deswegen lähmen, weil — gerade im ländlichen Bereich — kommunale Träger von Krankenhäusern sich nicht dazu verstehen dürften, psychiatrische Abteilungsgrößen vorzusehen, die den sonstigen Rahmen des Krankenhauses völlig sprengen würden. Die jetzt anzutreffende ungleichmäßige Stadt-Land-Versorgung würde daher auf lange Zeit festgeschrieben.

Allerdings ist die Einrichtung derartiger Abteilungen nur dann zu verantworten, wenn sie die vollständige Versorgung einer Region (Standardversorgungsgebiet = Sektor) übernehmen. Dies ist jedoch nach den jetzt bereits vorliegenden Erfahrungen nur dann möglich, wenn ihnen von Anfang an sowohl komplementäre als auch ambulante Dienste angegliedert werden.

Die Einrichtung komplementärer Dienste steht und fällt mit der — bisher ungelösten — Finanzierungsfrage. Es ist daher unbedingt erforderlich, die notwendigen gesetzlichen Regelungen herbeizuführen, damit dieser wichtigen Empfehlung der Sachverständigen-Kommission entsprochen werden kann. Die DGSP befürwortet in diesem Zusammenhang die — zumindest teilweise — Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenversicherungen. Sie ist darüber hinaus der Auffasung, daß nicht nur Wohn- und Übergangsheime eine Förderung erfahren sollten, sondern — als weiterer Schritt zur Verselbständigung psychiatrischer Patienten — auch kleinere Wohngruppen und betreute Wohngemeinschaften finanziell abgesichert werden sollten. Wegen der von der Sachverständigen-Kommission mehrfach festgestellten mangelhaften Versorgung psychiatrisch Kranker im ambulanten Bereich hält die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie sowohl eine Einbeziehung der psychiatrischen Krankenhäuser als auch der psychiatrischen Fachabteilungen in die ambulante kassenärztliche Versorgung für dringend notwendig. Wir haben deshalb mit Befriedigung davon Kenntnis genommen, daß der Gesetzgeber 1976 durch die Weiterentwicklung des Kassenarztrechtes dem teilweise Rechnung getragen hat und die Möglichkeit von Institutsverträgen eröffnete. Kritisch ist in diesem Zusammenhang allerdings zu vermerken, daß die Träger der Krankenhäuser bisher keine speziell für derartige Ambulanzen ausgewiesenen Planstellen zur Verfügung stellten, da die hierdurch anfallenden Kosten den gesetzlichen Krankenversicherungen bisher nicht in Rechnung gestellt werden können. Dieser Zustand, der den Willen des Gesetzgebers auf der Verwaltungsebene unterläuft, ist unbedingt zu ändern.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie begrüßt es, daß das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit selbst Modellvorhaben im ambulanten Bereich fördert und erwartet hiervon wichtige Aufschlüsse sowohl hinsichtlich der optimalen Organisationsform

als auch insbesondere bezüglich der — für den mit der Praxis Vertrauen — unbestreitbaren Effektivität dieser Dienste.

3. Ein besonderes Gewicht für die Reform der psychiatrischen Versorgung mißt die DGSP der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mitarbeiter in allen psychiatrischen Einrichtungen und Diensten bei. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß sie bereits seit vielen Jahren spezielle Fortbildungsveranstaltungen regelmäßig anbietet. Sie führt darüber hinaus seit ca. 2 Jahren an vielen psychiatrischen Einrichtungen einen sogenannten Grundkurs für bereits in der Praxis stehende Mitarbeiter durch, um sie mit den neuen Aufgaben einer gemeindenahen Psychiatrie vertraut zu machen und ihnen diejenigen Kompetenzen zu vermitteln, deren Entwicklung in ihrer spezifischen Berufsausbildung als Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten u. a. vernachlässigt wurden. Es ist beabsichtigt, in Zukunft sowohl die Ausbildungskapazitäten zu verbreitern als auch Curricula für Aufbaukurse zu entwickeln.

4. Die von der Sachverständigen-Kommission herausgestellten strukturellen und inhaltlich-qualitativen Reformziele sind ohne eindeutige Klärung und ggf. gesetzliche Festlegung der Finanzierungsmodalitäten nicht zu verwirklichen. Dies zeigt sich gegenwärtig bereits sowohl im komplementären als auch im ambulanten Bereich, wo mancher Schritt bereits hätte getan werden können, wenn Klarheit darüber bestünde, wer der zuständige Kostenträger ist.

   Diese Situation wird sich mit zunehmender Verlagerung psychiatrischer Aktivitäten in die Gemeinde noch verschärfen. Vielfach wird dies eine Verlagerung der Trägerschaft vom überörtlichen zum kommunalen oder freigemeinnützigen Träger nach sich ziehen müssen.

   Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie ist in großer Sorge darüber, daß die bislang unklaren bzw. fehlenden gesetzlichen Regelungen vielfach selbst dann wünschenswerte Reformen blockieren, wenn alle vor Ort Beteiligten diese für notwendig und auch durchführbar halten.

Stellungnahme zur Planungsstudie

März 1978

Im folgenden soll in kurzen, konzentrierten Thesen zu den wichtigsten Inhalten der vorgelegten Planungsstudie, Teil Suchtkranke, Stellung genommen werden:

1. Die Betonung der hospitalisierten und teilhospitalisierten Suchtkranken scheint darauf hinzudeuten, daß davon ausgegangen wird, daß ein großer Teil der betroffenen Suchtkranken hospitalisiert ist.

   Demgegenüber müßte betont werden, daß gerade im Bereich der Rauschgift- und Tablettenabhängigkeit Hospitalisierung in sehr seltenen Fällen vorkommt. Die Tatsache, daß die Studie von diesem Teil der Patienten (und zwar von der Größe her als einem wesentlichen Teil) spricht, führt natürlich zu der Konsequenz, daß sich bei der Versorgung und bei Versorgungsangeboten auch ein wesentlicher Teil dieser Struktur auf diesen Teil der Patienten ausrichtet.

2. Insgesamt scheint der klinische Bereich (hier: im Rahmen der Nervenkliniken und Landeskrankenhäuser) einen zu großen Anteil bei den Überlegungen zur Veränderung der Versorgungsstruktur von Suchtkranken zu spielen.

3. Die Planungsstudie scheint im Bereich der komplementären Versorgung von den Realitäten stark isoliert zu sein. Wenn von speziellen therapeutischen Wohngemeinschaften und ähnlichen als „Therapieversuche" gesprochen wird, so deutet dies darauf hin, daß ein wesentlicher Bereich im Rahmen der stationären Versorgung der Suchtkranken in der Enquete nicht erfaßt wurde bzw. beim Erfassungszeitraum noch nicht vorhanden war.

   Bekannt ist, daß gerade im Bereich der Rauschgiftabhängigkeit diese Einrichtungen gewachsen sind und in den letzten Jahren im Verhältnis zum ambulanten Sektor und zum Krankenhaussektor die größten Erfolge haben.

   Die Untersuchung dieses Versorgungsbereichs sollte unbedingt bei weiteren Planungen mit berücksichtigt werden (Studie S. 136).

4. Ein Patientenanteil, der vorwiegend bettlägerig ist, ist so gering, daß darauf keine weiteren Planungen verwendet werden sollten, es sei, es handelt sich um die Anzahl der Plätze in den klinischen Einrichtungen, die ausschließlich zum körperlichen Entzug (6 bis 10 Tage) verwendet werden (Studie S. 138).

5. Bei den verschiedenen Modellen bezüglich der personellen Ausstattung von Kliniken, Stationen, rehabilitativen und ambulanten Einrichtungen geht die Studie offensichtlich von herkömmlichen Berufsbildern der dort arbeitenden Fachkräfte aus.

   In der Realität hat sich aber gerade im Suchtkrankenbereich, besonders in den therapeutischen Wohngemeinschaften, ein bislang Höchstmaß an Arbeitsteiligkeit, Teamwork usw. entwickelt, so daß hier die Qualifizierung des eingesetzten Personals entscheidend ist und nicht deren Berufsbezeichnung. Insgesamt wird gerade auf eine spezielle Ausbildung der

im Bereich der Suchtkranken tätigen Fachkräfte in der vorgelegten Planungsstudie wenig Wert gelegt. Hinzu kommt, daß ein wesentlicher Teil gerade der Rauschmittelabhängigen *nicht* durch medizinische Dienste oder durch typische Funktionen des Mediziners betreut und behandelt wird.

6. Im Bereich der ambulanten Versorgung sollte die Planungsstudie sich, was den Bereich der Rauschmittelabhängigkeit betrifft, auf entsprechende Modellversuche des Bundesgesundheitsministeriums aus den letzten fünf Jahren bzw. auf die laufenden Modellversuche, die zusammen mit 24 Einrichtungen durchgeführt werden, beziehen. Es scheint, daß hier Parallelüberlegungen stattfinden, die bei einer besseren Kooperation konzentriert und intensiviert werden könnten.

7. Die Realität der Suchtkrankenversorgung sieht momentan so aus, daß ausschließlich der akut Behandlungsbedürftige in meist klinischen Einrichtungen behandelt wird, die in angemessener Entfernung von seinem Wohnort vorhanden sind.

   Demgegenüber realisiert sich momentan vor allen Dingen in der Behandlung der Rauschgiftabhängigen ein Prinzip, daß die Behandlung möglichst weit vom jeweiligen Wohnort stattfinden soll. Dies heißt aber nicht, daß mit den Betroffenen der Familienbezug nicht mehr hergestellt wird. Darüber hinaus werden viele ehemalige Abhängige dort seßhaft, wo die Therapie stattgefunden hat. Zusammengefaßt kann bezüglich dieser Dinge gesagt werden, daß hier eine „Wanderung" stattfindet, die Ergebnis der verschiedenen Behandlungsmethoden ist.

8. Die Rehabilitation von ehemaligen Abhängigen in den Arbeitsprozeß muß gezielt vorangetrieben werden. Hier bestehen sicherlich vom individuellen Standpunkt des Betroffenen eher Möglichkeiten einer Rehabilitation, gerade in dem beruflichen Bereich, als bei psychisch Kranken. Deshalb erscheint die Vorstellung, auch für Suchtkranke Werkstätten für Behinderte und beschützende Arbeitsplätze einzurichten, als ein resignativer Teil dieser Überlegungen. Momentan sind diese Arbeitsplätze nicht erforderlich.

9. Versorgungsketten sind besonders im Bereich der Versorgung Abhängiger durch die entsprechenden Einrichtungen, z. B. im Bereich der freien Wohlfahrtsverbände, und durch die Zusammenarbeit der ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen sehr weit entwickelt.

10. In vielen regionalen Bereichen ist die Zusammenarbeit dieser Einrichtungen schon institutionalisiert und kann als Teil von angestrebten psychosozialen Arbeitsgemeinschaften bezeichnet werden.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Tersteegenstr. 9, 4000 Düsseldorf 30

5. April 1978

Der Psychiatrie-Bericht enthält eine Vielzahl wichtiger Empfehlungen und Prioritäten zur dringend notwendigen Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Er läßt allerdings zahlreiche wichtige Fragen zur Planung, zum Aufbau, zur Durchführung und zur Finanzierung des konzipierten Versorgungssystems offen. Diese Lücke wurde, allerdings nur zum Teil, mit der Vorlage der Planungsstudie zum Psychiatrie-Bericht, in der nur die Zielvorstellungen im Psychiatrie-Bericht aufbereitet und für alternative Planungsentscheidungen qualitative und quantitative Orientierungsdaten vorgegeben werden, geschlossen. Unberücksichtigt hierbei blieben die Grundforderungen des Psychiatrie-Berichtes, grobe inhumane Mißstände in den bestehenden Einrichtungen umgehend abzubauen. Die Koordination zwischen kurzfristigen und zukünftigen Maßnahmen, die praktisch als erster Planungsschritt zu bezeichnen ist, fehlt. Dies begründet die Sorge, daß unkoordinierte ad-hoc-Maßnahmen eingeleitet und durchgeführt werden, die im Endergebnis die beabsichtigte Neuordnung gefährden können. Vor allem sollten möglichst umgehend rechtliche Voraussetzungen geklärt werden, ohne die die Gefahr besteht, daß wesentliche Teile der Reform verzögert werden.

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

1

Die DKG begrüßt es, daß ihre Empfehlungen zur Beteiligung der Krankenhausträger an der Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker vom 11. Dezember 1973 (DAS KRANKENHAUS 1974, S. 60), die sie hiermit erneut bekräftigt, und ihre grundsätzliche Stellungnahme zu den Voraussetzungen einer Verbesserung der stationären Versorgung psychisch Kranker (vgl. DKG-Geschäftsbericht 1974/75, S. 78 bis 83) im wesentlichen aufgegriffen und in die Zielvorstellungen des Psychiatrie-Berichts eingearbeitet wurden. Dies bezieht sich insbesondere auf die Einrichtung von psychiatrischen Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern und die Errichtung von psychiatrischen Fachkrankenhäusern.

Es besteht auch Übereinstimmung darin, daß diese Einrichtungen in der Lage sein müssen, Schwerpunkte eines Standardversorgungsgebietes zu sein, die durch Sondereinrichtungen für die stationäre Versorgung psychisch Kranker entlastet und von weiteren, die stationäre Versorgung ergänzenden Einrichtungen in engerem und weiterem Bereich umgeben werden. Die DKG sieht in der Verwirklichung eines solchen Versorgungsnetzes für psychisch Kranke die einzige Möglichkeit für die seit langem geforderte Entflechtung der großen Krankenhäuser.

1.1

Ein besonderes Gewicht für die Reform der psychiatrischen Krankenversorgung hat die DKG der Einrichtung von psychiatrischen Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern gegeben. Sie hat hierbei betont, daß unter den Voraussetzungen der Krankenhausbedürftigkeit bestimmter Patientengruppen an die Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern differenzierte Forderungen zur Größenordnung, zur medizinischen Zielsetzung sowie zur planerischen, strukturellen, organisatorischen und baulichen Integration gestellt werden müssen. Auch hier ist eine weitestgehende Übereinstimmung mit dem Psychiatrie-Bericht festzustellen.

1.2

Mit Befriedigung kann die DKG des weiteren feststellen, daß auch ihre Forderungen zu den Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung überwiegend im Psychiatrie-Bericht enthalten sind. Hierbei sind die Sofortmaßnahmen für die berufliche Qualifizierung der Mitarbeiter hervorzuheben.

Unbefriedigend ist nach Auffassung der DKG, daß in den Prioritätenkatalog nicht die von ihr geforderten Sofortmaßnahmen zur Vermehrung der Personalstellen für qualifizierte Mitarbeiter vor allem in den Leistungsbereichen Diagnostik, Therapie, Pflege und Rehabilitation aufgenommen wurden. Die DKG bedauert, daß im Psychiatrie-Bericht einerseits die qualitativen Anforderungen an die Mitarbeiter sehr eingehend dargestellt werden, andererseits aber eine sorgfältige Ermittlung des Personalbedarfs durch Erfassung des notwendigen Arbeitsaufwandes für die Patienten und der Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter fehlt. Die im Anhang zum Psychiatrie-Bericht enthaltene Untersuchung zum Problem des Personalbedarfs in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter (vgl. Drucksache 7/4201, S. 864) kann nur als grobe Einschätzung der personellen Zu- und Abgänge in den einzelnen Berufsgruppen betrachtet werden. Eine Prognose des Personalbedarfs kann daraus nicht abgeleitet werden. Daraus folgt dann auch, daß der Personalbedarf nicht quantifiziert werden konnte und im Bericht deshalb im Teil „Personalbedarf" (vgl. Kapitel G) äußerst vorsichtige Formulierungen enthalten sind. Diese Unklarheit hat offensichtlich zur Folge gehabt, daß die von der DKG geforderten Sofortmaßnahmen zur Vermehrung der Personalstellen keinen Eingang in die Prioritätenliste gefunden haben.

2

Die DKG hält es für außerordentlich bedeutungsvoll, daß im Psychiatrie-Bericht die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mitarbeiter unter dem Gesichtspunkt der qualitativen Anforderungen eingehend dargestellt wurde. Dabei wurde auch die DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von (Kinder-)Krankenschwestern und Krankenpflegern in der Psychiatrie vom 11. Dezember 1973 (vgl. DAS KRANKENHAUS 1974, S. 63) voll übernommen. Die DKG weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß sie diese Weiterbildungs-Empfehlung in Anpassung an die zwischenzeitliche Entwicklung überarbeitet und sie dann als Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Weiterbildung und Prüfung zu Krankenschwestern, Krankenpflegern und Kinderkrankenschwestern in der Psychiatrie empfehlen wird.

Stellungnahme zur Planungsstudie

1

Die Planungsstudie zum Psychiatrie-Bericht hatte zum Ziel, Planungsraster zu erarbeiten, die Leitlinien für die neue Ordnung und für die Ergänzung der vorhandenen psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Dienste sein können. Es sollte ein Instrumentarium entwickelt werden, durch das schrittweise die gegenwärtige Versorgungslage den Empfehlungen im Psychiatrie-Bericht angepaßt werden kann und eine Anleitung für praktisches Handeln zum Aufbau des Versorgungsnetzes geschaffen wird. Dabei sollten die Empfehlungen des Psychiatrie-Berichtes verfeinert und für Planungsentscheidungen aufbereitet werden. Zugleich sollten, bezogen auf ein Standardversorgungsgebiet, die analytischen, kalkulatorischen und Bewertungs-Grundlagen so herausgearbeitet werden, daß bei den bevorstehenden Planungen für die Gebiete Kostenanalysen möglich werden. Die DKG erkennt an, daß diese äußerst schwierige Aufgabe in der Planungsstudie mit großer Sorgfalt angegangen wurde. Es ist jedoch fraglich, ob die dort aufgestellten Grundsätze unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungsbedürfnisse der einzelnen Patientengruppen optimal dargestellt worden sind.

2

Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß die Planungsstudie für die Verwirklichung der Empfehlungen im Psychiatrie-Bericht ein Planungsraster für acht Patientengruppen zugrundelegt. Nach den Vorstellun-

gen der Planungsgruppe soll dann auch beim Aufbau des regionalen Versorgungsnetzes von diesen acht Patientengruppen ausgegangen werden. Grundsätzlich bestehen keine Bedenken gegen diese Vorgehensweise, es ergibt sich jedoch die Frage, ob die Unterteilung in acht Patientengruppen notwendig und erforderlich ist.

Da die acht Patientengruppen einerseits in drei Altersgruppen und andererseits in fünf besondere Erkrankungsgruppen unterteilt werden, werden Parallelerfassungen und -beurteilungen nicht immer auszuschließen sein. Die DKG regt deshalb an, das Planungsraster daraufhin zu überprüfen, ob und inwieweit es reduziert werden kann. Dies würde insgesamt zu einer wesentlichen Straffung der alternativen Orientierungsdaten in der Aufbauphase beitragen und die Übersicht erleichtern.

3

Die Berechnungen für alternative Versorgungskonzeptionen in der Planungsstudie, daß die Patientenaufteilungen auch aus der Kostensicht die vorteilhaftesten Lösungen seien, weil sie weniger Kosten verursachten als Konzeptionen, die Fehlplazierungen bzw. der stationären Versorgung Vorrang gegenüber teilstationären und komplementären Diensten einäumten, müssen nach Auffassung der DKG differenzierter betrachtet werden. Es leuchtet ein, daß bei Ausgliederungen je nach Unterbringungsart in Abhängigkeit von der Betreuungsintensität geringere Kosten anfallen werden. Hierbei darf jedoch nicht übersehen werden, daß die unterschiedlichen Patientengruppen bislang auch in der stationären Krankenhausversorgung effektiv unterschiedliche Kosten verursacht haben und somit insgesamt zu einer Nivellierung des Pflegesatzes beigetragen haben. Daraus folgt, daß bei einer Ausgliederung bestimmter Patienten aus dem Krankenhausbereich die Pflegesätze gegenüber früher ansteigen werden. Ob unter diesem Gesichtspunkt auch noch die Aussage, daß die Versorgungskosten in Wohnheimen nur etwa 45 v. H. der Kosten von Fehlplazierungen im Krankenhaus betragen würden, stimmt, sollte nochmals eingehend überprüft werden, zumal die bisherigen Lösungen Anlaß zu heftigen Bedenken geben.

4

Den Ausführungen im Abschnitt „Integration von Psychiatrie und Allgemeinmedizin" ist grundsätzlich zuzustimmen. Mit der Einführung differenzierter Pflegesätze könnten bereits heute die bestehenden Kostennivellierungen beseitigt werden. Hierfür ist es jedoch nicht erforderlich, eine betriebswirtschaftliche Eigenständigkeit dieser Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern durchzusetzen und deshalb die Unterbringung von psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern zurückzustellen.

5

Zu den vorgeschlagenen Modellvorhaben ist anzumerken, daß sie in der Regel einen Zeitraum von fünf Jahren und mehr benötigen. Angesichts der erforderlichen Sofortmaßnahmen ist dieser Zeitraum, da sich erst dann die Realisierungsphase anschließen kann, viel zu lang. Es ist deshalb dringend erforderlich, schon jetzt komplementäre Einrichtungen zu schaffen.

6

Die wohl wichtigste Feststellung der Planungsstudie ist, daß durch Rationalisierungen des gegenwärtigen psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgungssystems keine nennenswerten Mittel zur Durchführung der Psychiatriereform freizubekommen seien. Hierbei wird aber übersehen, daß noch ein enormer Nachholbedarf zur qualitativen Verbesserung der Versorgung besteht und dafür deshalb zusätzliche Finanzmittel für die Realisierung der Neuordnung bereitgestellt werden müssen. Mit Rationalisierungsmaßnahmen allein läßt sich die dringend notwendige Neuordnung, und zwar auf einem höheren Niveau, nicht durchführen.

Die DKG hat eine solche Entwicklung schon lange befürchtet. Im Interesse der stationären Patienten hat sie deshalb Teillösungen den Vorrang vor Globallösungen gegeben.

Sofortmaßnahmen

5. April 1978

1

Da angesichts der knappen finanziellen Mittel umfassende Globallösungen zur Neuordnung der psychiatrischen Versorgung in absehabrer Zeit nicht zu erwarten sind, regt die DKG an, Sofortmaßnahmen für die Beseitigung der noch bestehenden Unzulänglichkeiten zu ergreifen. Diese Sofortmaßnahmen sollten im Vorfeld und koordiniert im Hinblick auf die umfassenden Globallösungen erfolgen.

2

Durch die Einrichtung bedarfsgerechter und leistungsfähiger psychiatrischer Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern kann die qualitative Verbesserung der psychiatrischen Versorgung beschleunigt werden; sie stellt zugleich einen Schritt in Richtung Neuordnung dar.

2.1

Bei der Einrichtung von Fachabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern ist darauf zu achten, daß diese Fachabteilungen — wenn sie in einem Standardversorgungsgebiet Vollversorgungsaufgaben wahrnehmen, also neben der voll- und teilstationären Behandlung und Pflege von psychisch Kranken auch Plätze für ambulante, rehabilitative und son-

stige komplementäre Behandlung, Betreuung, Beratung und Nachsorge der Kranken gewährleisten sollen — im Interesse der Leistungsfähigkeit eine angemessen große Zahl von Betten und Plätzen vorhalten müssen.

Die an allgemeinen Krankenhäusern einzurichtenden psychiatrischen Fachabteilungen müssen nach Auffassung der DKG den Anforderungen entsprechen, die sie für die Struktur allgemeiner Krankenhäuser empfohlen hat. Dies gilt hinsichtlich ihrer Aufgabe und Stellung im Krankenhaus, der organisatorischen Gliederung des ärztlichen und pflegerischen Bereiches sowie der Struktur ihrer Dienste. Die psychiatrischen Fachabteilungen sind wie die anderen Fachabteilungen des Krankenhauses zu führen; ggf. sind sie wegen ihrer Größe auch als Hauptfachabteilungen mit abteilungsmäßig verselbständigten psychiatrisch-medizinischen Schwerpunkten zu gestalten.

Die DKG ist sich bewußt, daß zur Verwirklichung dieser Forderungen noch gewisse Widerstände sowohl im ärztlich-pflegerischen als auch im Trägerbereich selbst zu überwinden sind. Sie ist der Auffassung, daß das Argument einer drohenden „Kopflastigkeit" von allgemeinen Krankenhäusern zugunsten der Psychiatrie unbegründet bleibt, wenn die Integration der psychiatrischen Fachabteilungen entsprechend den Empfehlungen vom 11. Dezember 1973 erfolgt.

Kleinere Fachabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern sollten nur für ländliche Gebiete zur Teilversorgung oder zum Zweck des weiteren Ausbaus zur Übernahme von Vollversorgungsaufgaben geplant und eingerichtet werden.

Kleinere Fachabteilungen mit der Beschränkung auf Aufgaben der Teilversorgung sollten nach Ansicht der DKG nur als „Satelliten" von Groß- oder Fachkrankenhäusern geführt werden. Sie sollten sich dann auf die Akut-, die Langzeit- oder die psychogeriatrische Versorgung beschränken oder als Tages- bzw. Nachtkliniken fungieren.

2.2

Mit der Einrichtung von Fachabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern sollte zugleich auch die Einrichtung von Ambulanzen und ambulanten Diensten gefördert werden. Die DKG ist der Auffassung, daß hiermit gerade das Prinzip der gemeindenahen Psychiatrie verwirklicht wird und daß darüber hinaus die kontinuierliche Behandlung der aus der stationären Versorgung entlassenen Patienten sichergestellt werden kann. Das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechtes vom 31. Dezember 1977 hat hierfür notwendige Voraussetzungen geschaffen (Institutsverträge; persönliche Ermächtigungen).

3

Die DKG ist der Auffassung, daß auch die Trennung der geistig Behinderten von den psychisch Kranken dringend notwendig ist. Die geistig Behinderten sollten in geeigneten, mehr sozialtherapeutisch ausgerichteten Einrichtungen untergebracht werden, wobei eine konsiliarische Betreuung durch Fachärzte sicherzustellen ist.

4

Auch die vermehrte Schaffung von halbstationären und komplementären Einrichtungen für den Teil der psychisch Kranken, der keiner dauernden stationären psychiatrischen Versorgung bedarf, sollte bereits jetzt in Angriff genommen werden (Anschluß an rehabilitative Einrichtungen wie „Beschützende Werkstätten" etc.). Voraussetzung hierfür allerdings ist, daß die gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung dieser Einrichtungen schnellstens geschaffen werden.

5

Die DKG ist der Auffassung, daß auch die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Jugendlicher zu den Sofortmaßnahmen gehört. Hier kommt es insbesondere darauf an, ein differnziertes Unterbringungsangebot bereitzustellen.

6

Zusammenfassend bleibt festzustellen, daß die hier punktuell aufgezählten Sofortmaßnahmen zum Teil ohne einen erheblichen finanziellen Aufwand und weitgehend auch ohne lange Übergangszeiten die vorhandenen Unzulänglichkeiten in der stationären Patientenversorgung wesentlich verbessern können.

Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft: Beteiligung der Krankenhausträger an der Neuordnung und Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker

11. Dezember 1973

Die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik bedarf dringend einer Verbesserung und Neuordnung. Psychisch Kranke müssen in z. T. von ihren Familien abgelegenen übergroßen, überbelegten und baulich veralteten Krankenhäusern unter oftmals völlig unzureichenden und häufig menschenunwürdigen Verhältnissen weite Strecken ihres Lebens verbringen. Der Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland vom 19. Oktober 1973 (Bundestags-Drucksache 7/1124) spricht in diesem Zusammenhang von oft „unzumutbaren Bedingungen" *).

*) aus: Das Krankenhaus 2/1974

Die Verbesserung und Neuordnung der psychiatrischen Krankenversorgung soll die Psychiatrie in den Bereich der allgemeinen medizinischen Versorgung zurückführen, psychisch Kranke dadurch wieder mit körperlich Kranken gleichstellen und in Gemeindenähe allen Einwohnern eines Versorgungsgebietes eine bedarfsgerechte Vielfalt von diagnostischen, therapeutischen, pflegenden, betreuenden, rehabilitativen und beratenden Einrichtungen für psychisch Kranke zur Verfügung stellen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält es für erforderlich und möglich, daß die Lage der psychisch Kranken bereits vor einer solchen generellen Neuordnung des Systems der psychiatrischen Krankenversorgung durch Sofortmaßnahmen erheblich verbessert wird. Diese Sofortmaßnahmen müssen vor allem die Erfüllung der humanen Grundbedürfnisse der Patienten sichern, Möglichkeiten zu einer therapeutisch sinnvollen Gruppierung der Patienten schaffen und den persönlichen Kontakt zwischen den Patienten und dem therapeutischen Team verbessern.

I. Beteiligung der Krankenhausträger an der Neuordnung und Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt:

1. den Trägern von allgemeinen Krankenhäusern und von neurologischen, psychiatrischen und geriatrischen Fachkrankenhäusern,

   1.1. sich im Rahmen ihrer Aufgabenstellung und Motivation grundsätzlich am Aufbau eines gemeindenah organisierten Versorgungssystems für psychisch Kranke zu beteiligen,

   1.2. hierfür auch die von ihnen mitgetragenen ergänzenden Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte in das zu errichtende Versorgungssystem einzubringen,

   1.3. auf der Grundlage freiwilliger Vereinbarungen untereinander und mit übrigen Trägern der Versorgung psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter ihre Beteiligung zu verwirklichen und

   1.4. im Rahmen dieser Beteiligung und der gewählten Beteiligungsformen die umfassende psychiatrische Krankenversorgung der Bevölkerung eines geographisch abgegrenzten Versorgungsgebietes sicherzustellen;

2. zur Verwirklichung des gemeindenah organisierten Versorgungssytems und zur Sicherstellung der umfassenden psychiatrischen Versorgung im Versorgungsgebiet

   2.1. die Schaffung von psychiatrischen Behandlungszentren durch die Errichtung von

   — psychiatrischen Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern (mit ca. 200 Plätzen) und

   — eigenständigen psychiatrischen Fachkrankenhäusern (mit höchstens 600 Plätzen),

   die durch ein *institutionell gesichertes Zusammenwirken* mit den übrigen im Versorgungsgebiet vorzuhaltenden Einrichtungen eine umfassende Versorgung sichern;

   2.2. *die ergänzende Beteiligung beim Aufbau eines Verbundsystems* von Einrichtungen für die ambulante und halbstationäre Vorsorge, Rehabilitation, Betreuung und Beratung psychisch Kranker, geistig und seelisch Behinderter und von Alterspfleglingen durch die Errichtung oder Bereitstellung geeigneter Einrichtungen und die *verbindliche Vereinbarung funktioneller Aufgabenteilung und Zusammenarbeit* zwischen den Einrichtungsträgern.

Voraussetzung für ein volles Wirksamwerden dieser Maßnahmen ist, daß u. a. alle psychisch Kranken, geistig und seelisch Behinderten, die nicht mehr einer ständigen psychiatrischen Krankenhausbehandlung bedürfen, in für ihre Betreuung geeigneten besonderen Einrichtungen versorgt werden können.

II. Planung, Struktur, Gliederung und bauliche Konzeption psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt:

1. im Zuge der Planung psychiatrischer Fachabteilungen

   1.1. eine ausreichend differenzierte, funktionsflexible und bedarfsgerechte Betten- und Platzkapazität für psychisch Kranke einschließlich derer, die einer längerfristigen Behandlung bedürfen, anzubieten;

   1.2. im Verbund mit dem Allgemeinkrankenhaus die Voraussetzungen für eine differenzierte Diagnostik und Therapie zu schaffen, die soziale Betreuung der Patienten zu ermöglichen und dem Patienten Gelegenheit für soziale Aktivität zu bieten;

   1.3. die Durchführung rehabilitativer Maßnahmen zu sichern;

   1.4. halbstationäre Dienste, wie Tages- und Nachtkliniken vorzuhalten;

   1.5. psychiatrische Sozialdienste (Ambulanz, Vor- und Nachsorge, konsiliarische Tätigkeit) einzurichten;

2. die Besonderheiten der Psychiatrie zu berücksichtigen, so daß den spezifischen Bedürfnissen psychiatrischer Patienten Rechnung getragen wird *und psychiatrische Fachabteilungen nach folgenden Grundsätzen zu gestalten:*

   2.1. Die *Fachabteilung* sollte eine Größenordnung von etwa 200 Betten/Plätzen haben.

2.2. Eine *Stationseinheit* sollte nicht mehr als 20 Betten umfassen.

2.2.1. Die Stationen sollten so konzipiert werden, daß

— sie flexibel zur Unterbringung möglichst aller Patientengruppen geeignet sind;

— sowohl eine gemischt- als auch eine getrennt-geschlechtliche Belegung möglich ist;

— sie ein der durchschnittlich längeren Verweildauer psychiatrischer Patienten angemessenes Maß an Wohnlichkeit bieten und den Bedürfnissen der Patienten nach Rückzugs- bzw. Kontaktmöglichkeiten entsprechen;

— ein möglichst hohes Maß an funktioneller Autonomie der Station erreicht wird, so daß auch bei geschlossener Führung der Station ausreichende Möglichkeiten zur Beschäftigung der Patienten geboten werden können;

— auch die Zusammenfassung kleinerer Patientengruppen zu gruppentherapeutischen Aktivitäten möglich ist.

2.2.2. Der Bereich der Stationen sollte ergänzt werden durch

— ein Raumangebot für Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie;

— ein Raumangebot für sozialbezogene Aktivitäten der Patienten (z. B. Bibliothek, Musikzimmer, Spielräume, Cafeteria, Verkaufsraum, Friseur usw.).

Cafeteria und Verkaufsraum, ggf. auch die Räume des Friseurs sollten so angeordnet werden, daß sie ganz oder teilweise von den Patienten des Allgemeinkrankenhauses mitbenutzt werden können.

2.3. Die *diagnostischen Dienste* (Röntgen- und Laboratoriumsdiagnostik, EKG, EEG usw.) *und die therapeutischen Spezialdienste* (Intensivmedizin, Gymnastik, Hydrotherapie usw.) sollten möglichst weitgehend auf Einrichtungen des Allgemeinen Krankenhauses zurückgreifen können.

2.4. Für *Aufnahmen* während der Nacht und für solche Fälle, die *vorübergehend einer besonders intensiven psychiatrischen Behandlung bedürfen,* sollte ein separater Bereich mit möglichst getrenntem Zugang zur Verfügung stehen.

2.5. Die *Tagesklinik* sollte etwa 15 bis 20 Plätze anbieten.

2.6. Die Patienten der *Nachtklinik* sollten am therapeutischen Angebot teilnehmen können.

2.7. Das *Raumangebot* für psychiatrische Sozialdienste sollte möglichst günstig zum Eingang gelegen sein.

2.8. Dem Anspruch psychisch Kranker auf Grün- und Bewegungsflächen sollte Rechnung getragen werden; dabei wäre es wünschenswert, eine Turnhalle, ein Schwimmbecken sowie Sport- und Außenanlagen vorzuhalten, die auch von den Patienten des Allgemeinen Krankenhauses und dem Personal beider Bereiche in Anspruch genommen werden können.

3. Eine möglichst enge *Zusammenarbeit* mit den im Versorgungsgebiet vorhandenen *ambulanten Diensten* (Niedergelassenen Nervenärzte, Beratungsstellen, offenen Sozialdiensten, Gesundheitsämtern usw. und den kooperativ angegliederten und ggf. mitversorgten *flankierenden Diensten* (Heime, Tagesstätten, Werkstätten für Behinderte usw.) sicherzustellen.

III. Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt den Krankenhausträgern, die Einrichtungen für die psychiatrische Krankenversorgung unterhalten, bereits jetzt unter Ausschöpfung aller durch das Krankenhausfinanzierungs- und Bundespflegesatzrecht gegebenen Möglichkeiten unverzüglich

1. *Sofortmaßnahmen für eine Verbesserung der Unterbringung* der Patienten, insbesondere eine Verkleinerung der Bettenzahlen in den Krankenzimmern und eine Anpassung der hygienischen Verhältnisse an den allgemeinen Krankenhausstandard herbeizuführen;

2. *Sofortmaßnahmen für die notwendige apparative Ausstattung* der diagnostischen und therapeutischen Behandlungseinrichtungen für psychisch Kranke zu verwirklichen;

3. *Sofortmaßnahmen zur Vermehrung der Personalstellen* für qualifizierte Mitarbeiter vor allem in den Leistungsbereichen Diagnostik, Therapie, Pflege und Rehabilitation einzuleiten;

4. Sofortmaßnahmen für die berufliche *Qualifizierung der Mitarbeiter*

zu planen und sich

4.1. als Akademische Lehrkrankenhäuser für die klinisch-praktische Ausbildung von Studierenden der Medizin nach Maßgabe der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 (BGBl. I Seite 1458) und der hierzu ergangenen gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kultusministerkonferenz vom 15. Juni 1972/ 1. Februar 1973 (DAS KRANKENHAUS 1973, Seiten 137 ff.),

4.2. als *Weiterbildungsstätten* für die fachärztliche Weiterbildung nach Maßgabe der Berufs-

und Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern bzw. der beabsichtigten Facharztgesetze der Länder,

4.3. als *berufliche Bildungszentren* für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der nichtärztlichen medizinischen Mitarbeiter, insbesondere nach Maßgabe der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, für die Aus- und Weiterbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern in der Psychiatrie vom 11. Dezember 1973

zur Verfügung zu stellen;

5. *Sofortmaßnahmen* für die Verwirklichung eines *modernen Managements* zu treffen und

5.1. die Einrichtungen rechtlich, organisatorisch und personell entsprechend den Empfehlungen der Strukturkommission der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom Mai 1973 für „Moderne Krankenhausstrukturen" zu gestalten, insbesondere die kollegiale Betriebsleitung zu verwirklichen und auch die nicht der Betriebsleitung angehörenden Mitarbeiter fachlich und entsprechend ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich an den Entscheidungsprozessen innerhalb der laufenden Betriebsführung zu beteiligen,

5.2. in diesem Rahmen eine neue Zuordnung der Aufgaben der nichtärztlichen medizinischen Mitarbeiter zu jenen des Arztes vorzunehmen, diesen Mitarbeitern einen größeren Aufgabenanteil an der Wiederherstellung der Gesundheit des Kranken, an der Wiedereingliederung des behandelten Menschen in das tägliche Leben und an der Erziehung des Patienten zu einem gesundheitsbewußten Verhalten zu übertragen und so durch die Aufwertung bislang unterbewerteter Berufsgruppen deren Mitwirkung im therapeutischen Team sicherzustellen,

5.3. die leitenden Mitarbeiter der Einrichtungen entsprechend der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die „Vorbereitung von Krankenhausmitarbeitern auf Führungsaufgaben im Krankenhaus" vom 21. Februar 1973 (DAS KRANKENHAUS 1973, Seiten 169 ff.) für die Teilnahme an einer *Weiterbildung für das Krankenhausmanagement* im Rahmen der Universitätsseminare des Krankenhaus- und Gesundheitswesens (Deutsches Krankenhausinstitut/Universität Düsseldorf) freizustellen und bei der Neuberufung von leitenden Mitarbeitern vor allem solche zu wählen, die im Sinne der Empfehlung vom 21. Februar 1973 auf ihre Führungsaufgaben vorbereitet wurden;

6. Sofortmaßnahmen für die *Verbesserung der Arbeitsorganisation* in den Leistungsstellen der Einrichtungen (Differenzierung der Personalstellen, Einrichtung von Schichtdiensten) vorzusehen.

IV. Förderung der psychiatrischen Krankenversorgung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert Bund und Länder auf, alsbald die gesetzgeberischen Maßnahmen zur Gestaltung weiterer Voraussetzungen für die Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker einzuleiten.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält es insbesondere für erforderlich, daß die Träger von Einrichtungen für die Versorgung psychisch Kranker bereits jetzt in die Lage versetzt werden, planerische, organisatorische, bauliche und personelle Sanierungsmaßnahmen zur sofortigen Verbesserung der Lage psychisch Kranker einleiten zu können. Es müssen deshalb auch sofort über den Rahmen der Krankenhausfinanzierung hinaus Mittel für die psychiatrische Krankenversorgung bereitgestellt werden.

Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Neuordnung der beruflichen Bildung (Aus- und Weiterbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern in der Psychiatrie)

11. Dezember 1973

I.

Nach einer Entschließung des Deutschen Bundestages vom 1. März 1972 (zu Bundestags-Drucksache VI/3160) soll das Krankenpflegegesetz alsbald novelliert werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat hierzu am 11. Dezember 1973 in einem „Strukturplan für die Neuordnung der beruflichen Bildung in der Krankenpflege" u. a. die folgenden Grundsätze empfohlen:

1. Allgemeine Grundsätze

1.1.

Die Novellierung des Rechtes der Krankenpflegeberufe muß eine strukturelle, inhaltliche und organisatorische Neuordnung der beruflichen Bildung im Bereich der Krankenpflege beinhalten. Dabei müssen nicht nur die Ausbildungen zu pflegerischen Berufen, sondern auch die Weiterbildung und die Verpflichtung zur Fortbildung ausgebildeter Pflegepersonen gesetzlich geregelt werden.

1.2.

Bei der Novellierung des Berufsbildungsrechtes ist von der Forderung auszugehen, daß die Krankenpflege eigenständige Aufgaben wahrzunehmen hat und daß Krankenschwestern und Krankenpfleger Mitglieder eines therapeutischen Teams sind.

1.3.

Vornehmliches Ziel beruflicher Bildungsmaßnahmen muß sein, Krankenschwestern und Krankenpfleger neben der Vermittlung medizinischer und technischer

Kenntnisse und Fertigkeiten vor allem für den unmittelbaren Umgang mit Patienten zu motivieren und zu befähigen.

1.4.

Die Befähigung zu derartigen Aufgaben wird insbesondere auch durch Bildungsmaßnahmen in der Fächergruppe „Psychologische Medizin" vermittelt, der bei der Novellierung des Berufsbildungsrechtes daher besondere Bedeutung zukommen muß. Dies gilt für die berufliche Bildung aller Pflegekräfte. Das Fach Psychiatrie muß deshalb in Theorie und Praxis als Hauptfach gleichgewichtig neben die Fächer Innere Medizin und Chirurgie treten.

2. Bildungsgänge

2.1.

Die beruflichen Bildungsmaßnahmen für Krankenschwestern und Krankenpfleger sollen grundsätzlich in den Sekundarbereich II eingegliedert werden. Sie sollen sich gliedern in dreijährige Ausbildungsgänge und hierauf aufbauende Weiterbildungsmöglichkeiten eröffnen.

2.2.

Die Ausbildung zur Krankenschwester/zum Krankenpfleger soll einen mittleren Bildungsabschluß nach mindestens zehnjähriger Schulbildung als Zugangsvoraussetzung haben. Sie soll sich gliedern in eine einjährige Berufsgrundbildung und eine anschließende zweijährige Berufsfachbildung. Sie soll als erste berufliche Qualifizierung zur Ausübung der Krankenpflege unter einer entsprechenden Berufsbezeichnung berechtigen.

2.3.

Die Weiterbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern soll, auch wenn sie länger dauert, nach einem Jahr zu einer zweiten beruflichen Qualifizierung in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie oder Gemeindearbeit führen. Die Qualifizierung soll zur Ausübung der Krankenpflege in einem größeren Verantwortungs- und Entscheidungsbereich befähigen. Daneben soll sie Grundlagen für eine weitere fachbezogene Spezialisierung legen.

II.

1.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt, für die berufliche Bildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern *in der Psychiatrie* zwei Wege zu eröffnen:

1.1.

Die dreijährige Ausbildung soll sich im zweiten Fachbildungsjahr (also im dritten Ausbildungsjahr) schwerpunktmäßig auf Fächer orientieren, die für die Tätigkeit in der Psychiatrie wichtig sind. Die Ausbildung soll mit der Qualifizierung für die Berufsbezeichnung „Krankenschwester/Krankenpfleger" enden und zur Führung der zusätzlichen Bezeichnung „(Psychiatrie)" berechtigen.

1.2.

Die dreijährige allgemeine Krankenpflegeausbildung soll durch eine Weiterbildung in der Psychiatrie ergänzt werden. Die Weiterbildung soll nach einem Jahr zu einer Qualifizierung für die Berufsbezeichnung „Fachkrankenschwester/Fachkrankenpfleger für Psychiatrie" führen.

2.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt, nunmehr unverzüglich den Bildungsgang „Krankenschwester/Krankenpfleger (Psychiatrie)" (vgl. 1.1.) gesetzgeberisch zu ermöglichen und die kurrikularen Voraussetzungen für die Verwirklichung entsprechender Bildungsmaßnahmen zu schaffen. Dabei sind Übergänge vom Berufsbild „Krankenschwester/Krankenpfleger (Psychiatrie)" in andere Bereiche der Krankenpflege vorzusehen.

Für die Weiterbildung zur/zum „Fachkrankenschwester/Frachkrankenpfleger für Psychiatrie" hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft für eine Übergangszeit und bis zur Verwirklichung staatlich geregelter und anerkannter Weiterbildungsgänge eine Empfehlung ausgesprochen (vgl. „Richtlinien für die Weiterbildung zur Fachkrankenschwester und zum Fachkrankenpfleger für die Psychiatrie" vom 11. Dezember 1973). Es ist sicherzustellen, daß im Rahmen gesetzlicher Übergangsregelungen die nach dieser Empfehlung weitergebildeten Pflegekräfte die staatliche Anerkennung als „Fachkrankenschwester/Fachkrankenpfleger für Psychiatrie" (vgl. 1.2.) erhalten können.

3.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt, das neue Berufsbildungsrecht in der Krankenpflege und in diesem Rahmen die gesetzlichen Regelungen für die Aus- und Weiterbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern in der Psychiatrie bis spätestens 1978 in Kraft zu setzen.

Deutscher Berufsverband für Krankenpflege
Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 5000 Köln 91

Auszug aus einem Katalog eines Aufgaben- und Verantwortungsbereiches für den Krankenpflegedienst in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen *)

1977

Grundlage für die Gewährleistung einer umfassenden, fachgerechten Krankenpflege am psychisch Kranken in einer psychiatrischen Krankenhauseinrichtung ist die Festlegung des Aufgaben- und Verantwortungsbereiches für die Mitarbeiter des Krankenpflegedienstes. Nur diese Grundlage (Tätigkeitskatalog/Dienstanweisung) kann die psychiatrische Krankenpflege aus der bisherigen ALL-ROUND-Funktion herausholen, ordnen, attraktiver und qualifizierter machen.

Der Verfasser und dessen Mitwirkende erheben für den nachfolgenden Inhalt keinen Anspruch auf Vollkommenheit, sondern erwarten Kritik, Stellungnahmen und Ergänzungsvorschläge. Das Endergebnis soll von der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegekräfte in der Psychiatrie im Deutschen Berufsverband für Krankenpflege bundesweit vertreten werden.

. . .

Besonderes Aufgabengebiet für das Krankenpflegepersonal in der psychiatrischen Intensivstation

- Individuelle und apparative Überwachung des vitalgefährdeten Patienten
- Überwachung der Bewußtseinseinlage (mit EEG)
- Überwachung der Herztätigkeit (mit EEG)
- Überwachung des Kreislaufs (zentral und peripher) (manuell und mit Monitor)
- Überwachung der Temperatur (manuell und mit Monitor)
- Überwachung der Atmung (manuell und mit Monitor)
- Freihaltung der Atemwege
- Anfeuchtung der Einatmungsluft
- Inhalationen
- Sauerstoffapplikationen über Maske und Sonde
- Pflege bei nasalem und orotrachealem Tubus
- Durchführung der Atemgymnastik
- Bronchialtoilette unter sterilen Kautelen
- Pflege bei Tracheotomie
- Messen und Registrieren aller Atmungswerte
- Durchführung und Überwachung der Atmung mit Hilfe von druck- und volumengesteuerten Respiratoren
- Bedienung von Beatmungsgeräten
- Ein- und Ausfuhrkontrolle als Einzel- und Gesamtmenge
- Pflege des Blasenkatheters
- Messen des zentralen Venendrucks
- Pflege des zentralen Venenkatheters
- Infusionstherapie
- Durchführung von Maßnahmen bei Zwischenfällen
- Notfallbeatmung
- Externe Herzmassage
- Führen von Überwachungskurven als 24-Stunden-Protokolle
- Handhabung, Pflege und Inbetriebhaltung aller in der Intensivmedizin vorhandenen medizinischen Geräte
- Durchführung von einfachen Laboruntersuchungen

Besonderes Aufgabengebiet für das Krankenpflegepersonal in der psychiatrischen Rehabilitationsklinik

Für die Krankenpflegekräfte in der Rehabilitationsklinik gelten grundsätzlich die Grundlagen des Tätigkeitskataloges für den Krankenpflegedienst (Aufgaben und Verantwortungsbereich). Darüber hinaus ist folgende Anmerkung notwendig:

Die krankenpflegerischen Aufgaben sind mit einer Tätigkeit für bisher mittelfristige Behandlungs-Patienten nicht vergleichbar. Im Rahmen des Gesamt-Behandlungsprogramms werden hochqualifizierte und personalintensive Anforderungen an das Krankenpflegepersonal gestellt. Der nachfolgende Grundriß des Rehabilitations-Programms stellt dies deutlich dar.

Die Rehabilitationsbemühungen werden als Phase innerhalb eines fortlaufenden abgestuften Programms verstanden, mit der berechtigten Tendenz, den Patienten so kurz wie möglich zu hospitalisieren, um Hospitalismusschäden und dissoziale Gewöhnungen zu verhindern.

Dieses Ziel läßt sich nur durch ein intensives therapeutisches Programm, das neben psychopharmakologischer Beeinflussung des Krankheitsverlaufs insbesondere sozialpsychiatrische Aktivitäten beinhaltet, verwirklichen.

Rehabilitation muß so früh wie möglich beginnen und intensiv erfolgen. Es werden deshalb bereits

*) aus: Krankenpflege 5, 6 und 10/1977

Akut-Erkrankte auf die Station aufgenommen. Es steht außer Frage, daß in diese Bemühungen besonders das Krankenpflegepersonal einbezogen ist, das eine ständige motivationsfördernde Aufgabe hat und bei der Durchführung der Sozialprogramme (Wiedererlernung der täglichen Verrichtungen zum Selbständigkeitstraining im Wohn- und Arbeitsbereich im Hinblick auf die Entlassung) maßgeblich beteiligt ist.

. . .

Besonderes Aufgabengebiet für das Krankenpflegepersonal in einer psychiatrischen Ambulanz/Vorschaltambulanz

Neben dem anwendbaren Teil des Kataloges über Aufgaben- und Verantwortungsbereich des Krankenpflegedienstes sind nachfolgend aufgeführte fachbereichsbezogene Aufgaben wahrzunehmen:

— Überwachung und Hilfeleistung in besonderen Situationen
— Begleitung von Patienten innerhalb der Klinik
— Entnahme von Untersuchungsmaterialen und deren Weiterleitung an die entsprechende Stelle
— Überwachung und Lenkung des Publikumsverkehrs
— Entgegennahme von Anmeldungen und Aufnahmen; Erstkontakte mit Patienten und Ratsuchenden
— kontinuierlicher Telefondienst (Krisenintervention)
— Prüfung der Aufnahme-Voraussetzungen
— Dokumentation
— Anlage und Führung der Patientenkarteikarten und des Formularsatzes
— Maschinenschreibarbeiten und Bedienung der Adrema-Anlage
— Terminplanung und -abstimmung zwischen Therapeuten und Patienten
— Führung des Vormerkbuches
— Anfertigung des Tagesberichtes
— Kontrolle der Tagesbelegung in der Klinik
— Vorlage und Einordnung aller eintreffenden Befunde
— Ablage von Arztbriefen, Konsiliarberichten und weiterem medizinischen Schriftverkehr
— Überwachung der Terminkartei
— Telefonische oder schriftliche Anmahnung säumiger Patienten
— Ergänzung der Behandlungsausweise
— Kontrolle der Überweisungsscheine und anderer Kostenübernahme-Erklärungen
— Erfassung der bereits abrechnungsfähigen Leistungen
— Vorbereitung der Leistungsblätter zur Endabrechnung durch die Verwaltung
— Vorbereitung der Grunddokumentation

Besonderes Aufgabengebiet für das Krankenpflegepersonal im psychiatrischen Sozialdienst, Kontaktzentren, Teestuben und Beratungseinrichtungen außerhalb der Klinik

Das Krankenpflegepersonal im psychiatrischen Sozialdienst arbeitet im Mobilen Team (Arzt, Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal) in der extramuralen psychiatrischen Versorgung von psychisch Kranken, vorwiegend eigenverantwortlich mit.

Die Aufgabenbereiche des Krankenpflegepersonals umfassen:

— Hausbesuche (regelmäßig und sporadisch)
— Beaufsichtigung und Mithilfe bei der allgemeinen Körperpflege des Patienten
— Anleitung und Mithilfe im Bereich der Haushaltsführung (z. B. Einkaufen, Kochen)
— Verabreichung, Kontrolle und Überwachung der Wirkung von Medikamenten
— Beobachtung des Patienten hinsichtlich seines psychischen, physischen Verhaltens und Befindens
— Aufklärende und beratende Gesprächsführung
— Frühzeitige Erkennung von Krisensituationen
— Sprechstunden in der Klinik, Kontaktzentren und Übergangseinrichtungen
— Mitverantwortlich für die Gestaltung und Durchführung der Aktivitäten in den Kontaktzentren
— Vermitteln von Kontaktmöglichkeiten in der Umgebung des Patienten zur Verhinderung von Vereinsamung (Altenklubs, kirchl. Einrichtungen, Sportvereinen etc.)
— Begleitung der Patienten zum Hausarzt, Nervenarzt, amtlichen Stellen
— Aufklärende und beratende Gespräche mit Familienangehörigen und Nachbarn
— Unterrichtung des Arztes bei unvorhergesehenen Zwischenfällen und Einsatz des Mobilen Teams zur Krisenintervention
— Assistenz bei ärztlichen Maßnahmen
— Fortlaufende mündliche und schriftliche Berichterstattung
— Führung, Koordination und Überwachung der Patientenkartei in bezug auf Termineinhaltung

Aufgaben- und Verantwortungsbereich für Abteilungsschwestern/-pfleger in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen

— Organisation des Krankenpflegedienstes im Abteilungsbereich
— Verantwortlich für die Gewährung einer umfassenden, fachgerechten Krankenpflege am Patienten nach vorgegebenem Aufgaben- und Verantwortungsbereich des Krankenpflegedienstes (Tätigkeitskatalog für den Krankenpflegedienst)
— Verantwortlich für einen patientenorientierten Arbeitsablauf im Abteilungsbereich

— Zusammenarbeit mit den Stationsärzten, insbesondere mit dem Abteilungsarzt

— Verantwortlich für die Gestaltung der Dienst- und Urlaubspläne im Abteilungsbereich

— Verantwortlich für die Einhaltung der Arbeitszeiten im Abteilungsbereich

— Durchführung und Gestaltung von Mitarbeiterbesprechungen im Abteilungsbereich

— Zusammenarbeit mit anderen im Abteilungsbereich tätigen Berufsgruppen

— Mitverantwortlich für die Anforderungen von medizinisch/pflegerischem Sachbedarf

— Verantwortlich für Ordnung und Sauberkeit im Abteilungsbereich

— Verantwortlich für Instandhaltung und sparsame Wirtschaftsführung

— Verantwortlich für die richtige Handhabung und Einteilung von patientenbezogenen Sicherheitsvorkehrungen/-vorschriften (Fenstersicherungen, Rundverfügungen, usw.)

— Verantwortlich für die Einhaltung der gesetzlichen Unfallverhütungsvorschriften

— Verantwortlich für die Beachtung und Einhaltung der vom Träger oder der Klinikleitung erlassenen Rund- und Sonderverfügungen

— Mitverantwortlich für die allgemeine Krankenhaushygiene

— Verantwortlich für einen ständigen Informationsfluß an den Pflegeleiter, zugeordneten Mitarbeitern des Krankenpflegedienstes und anderen Berufsgruppen im Abteilungsbereich

— Mitwirkung bei der Dienstplangestaltung für Stationshilfen und Ausübung der Dienstaufsicht

— Mitwirkung bei der Ver- und Entsorgung

— Hinwirken auf ein gutes Betriebsklima und auf die Einhaltung des Betriebsfriedens

— Kooperativ mit anderen Abteilungen zusammenarbeiten

— Mitwirkung bei der Auswahl und Einsatzplanung von Mitarbeitern im Krankenpflegedienst

— Urlaubs- und Krankheitsvertretungen in anderen Abteilungsbereichen

— Erfassen von Daten für den täglichen Verwaltungsablauf und der EDV (Tagesbestandsmeldungen, Krankmeldungen, usw.)

— Aufgaben und Verantwortungsbereich der Leitenden Krankenpflegekraft in der Krankenhausbetriebsleitung.

...

Manfred Dellman und Mitarbeiter

Deutscher Caritasverband e. V.
Postfach 420, 7800 Freiburg/Brs.

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

30. November 1977

Die Darstellung der Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland wird auch von uns als im großen und ganzen richtig anerkannt. Wir bejahen die bei der Zusammenfassung formulierten Grundsätze und den Prioritätenkatalog.

Zu einem Punkt möchten wir allerdings unser Bedauern aussprechen: Wir hätten gern eine deutlichere und konkretere Darstellung der Psychohygiene gewünscht. Immerhin hat die Entwicklungspsychologie, insbesondere für Kindheit und Jugend, manche Erkenntnisse gebracht, die in der Praxis stärker berücksichtigt werden sollten. Müßte nicht allgemein die Prävention auch auf dem Gebiet der Psychiatrie stärker beachtet beziehungsweise mehr gefördert werden? Die Bundesregierung sollte zumindest die vorhandenen freien Initiativen stärker unterstützen.

Im übrigen nehmen wir noch zu folgenden Punkten Stellung:

1. Obschon wir den Prioritätenkatalog der Enquete bejahen, erscheint es doch notwendig, den ersten Punkt noch einmal nachdrücklich zu unterstreichen, nämlich die Überwindung der „unmenschlichen Realitäten". Es besteht die Gefahr, daß bei der allgemeinen Förderung der psychiatrischen Versorgung an den Aufwendungen für die „Siechenpflege" unzulässig gespart wird. Siehe zum Beispiel das unwürdige Hin und Her bei der Kostenübernahme für sogenannte Pflegefälle.

2. Diese Forderung gilt auch bei der sogenannten Sanierung beziehungsweise Entflechtung der Landeskrankenhäuser. Auch hier muß das Notwendige vor dem Nützlichen getan werden. Die Verlegung von sogenannten Pflegefällen, auch „ausgebrannte Fälle" genannt, in Heime, zum Beispiel alte Landeskrankenhäuser oder leerstehende Sanatorien, hat oft genug zu einer Verschlechterung in der Versorgung dieses Personenkreises geführt. Die eventuell bessere Unterbringung kann nicht die Minderung an Betätigung und Auslauf ersetzen.

3. Die Entflechtung der Landeskrankenhäuser hat im Sinne der Enquete sicher Fortschritte gemacht, da gleichzeitig auf Landes- und Bezirksebene Strukturverbesserungen von den Trägern selbst in die Wege geleitet wurden. Dieser Prozeß ist auch weiterhin zu fördern, ohne daß es dabei zu einer generellen Trägerbeschimpfung

kommen sollte. Die bessere Lösung sollte mit Geduld den Vorrang haben vor übereilten äußerlichen Maßnahmen.

4. Unter dem Stichwort „gemeindenahe Psychiatrie" dürfte man nicht eine allgemeine Kommunalisierung der psychiatrischen Versorgung verstehen oder gar fördern. Schließlich ist bei dem großen und umfangreichen Werk der Reform der psychiatrischen Versorgung eine Zusammenarbeit aller vorhandenen Kräfte und Institutionen notwendig. Gemeindenah heißt dann nicht kommunal, sondern bürgernah beziehungsweise gesellschaftsnah.

   Im Sinne einer bürgernahen Versorgung ist die Einrichtung weiterer psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu fördern. In den letzten Jahren sind speziell auch bei den kirchlichen Krankenhäusern solche Fachabteilungen eingerichtet worden. Dies war allerdings nur möglich, indem die Praxis hier eine Korrektur der Vorschläge der Enquete vorgenommen hat: Es erwies sich von seiten der Krankenhausträger als unmöglich, die vorgegebene Größe einzuhalten, ohne das Gleichgewicht mit den anderen Abteilungen zu zerstören. Dies wäre sicher nicht im Sinne einer Integration der Psychiatrie in die allgemeine medizinische Versorgung gewesen.

   Richtig ist dabei, daß auch die kleineren psychiatrischen Abteilungen in die Versorgungskette eines festgelegten Gebietes eingeordnet werden müssen.

5. Gerade bei dem Ausbau solcher Versorgungsketten ist die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen unterschiedlicher Träger von vornherein anzuerkennen. Für solche Verbundsysteme muß es auch ein freiheitliches Konzept geben, welches den freien Wohlfahrtsverbänden die Eigenart ihres Helfens beläßt. Jede Gleichschaltung oder jede behördliche Bevormundung kann sich nur schädlich auswirken. Denn hier ist schließlich auch der Ort der Laienhelfer beziehungsweise der Bürgerinitiativen, die sich nach eigenen Gesetzmäßigkeiten entwickeln.

6. Nach den bisherigen Erfahrungen hat sich das System der Tages- und Nachtklinik nicht sehr bewährt. Die in größerem Umfang eingerichteten Übergangswohnheime könnten weitgehend die Aufgaben der halbstationären Behandlung übernehmen. Bei den Wohnheimen, bei den Übergangswohnheimen und bei den Werkstätten ergeben sich aber deutliche Schwierigkeiten in der Kostenübernahme durch Krankenkassen oder Sozialhilfe. Hier wäre eine Neuordnung im Sinne der Rehabilitation dringend erwünscht.

7. Eine spezielle Schwierigkeit hat sich für die psychisch Kranken in Hinsicht auf die Werkstätten für Behinderte ergeben: Zunächst brauchen die psychisch Kranken, anders als die übrigen Gruppen der Behinderten, eine spezielle Einübung, da sich ja ihre Schwierigkeiten erheblich von den anderen Behinderungen unterscheiden. Dies gilt zunächst in vollem Umfang für die sogenannte „Einübungswerkstätte". Bei den beschützten beziehungsweise beschützenden Werkstätten für Behinderte auf Dauer ist eher eine Lösung im Sinne der jetzigen offiziellen Richtlinien möglich. Aber auch hier braucht es eine Reihe von Sondermaßnahmen, ganz abgesehen von der Frage der Bezahlung.

Deutscher Städtetag
Lindenallee 13—17, 5000 Köln-Marienburg

Deutscher Landkreistag
Adenauerallee 136, 5300 Bonn

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

16. Juni 1977

Der Deutsche Städtetag und der Deutsche Landkreistag haben dem stenografischen Bericht über die Bundestagssitzung vom 3. Februar 1977 entnehmen müssen, daß nunmehr die bereits für die erste Jahreshälfte 1976 angekündigte Studie über Planung und Finanzierung der in dem Psychiatrie-Bericht niedergelegten Empfehlungen vorliegt und bereits im Dezember 1976 den Ländern zugeleitet worden ist mit der Aufforderung, zu dem Psychiatrie-Bericht Stellung zu nehmen. Demgegenüber sind die kommunalen Spitzenverbände und die anderen an der Auswertung der Psychiatrie-Enquete interessierten Träger und Verbände weder mit der Kosten- und Planungsstudie versorgt noch zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert worden.

Der von der Sachverständigen-Kommission empfohlene Aufbau eines bedarfsgerechten und *gemeindenahen* Systems zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter kann mit seinen vielfältigen ambulanten, stationären, halbstationären, komplementären und rehabilitativen Diensten ohne die Aufgeschlossenheit und Mitwirkung der kommunalen Gebietskörperschaften nicht verwirklicht werden. Wir bedauern deshalb, daß wir bisher weder vom Bund noch auf Länderebene von seiten der Länder zu einer Stellungnahme aufgefordert worden sind. Bisher hat es lediglich in einigen Ländern vereinzelte Gespräche gegeben. Nach den bisherigen Verlautbarungen des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit mußten wir davon ausgehen,

daß die formelle Aufforderung zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme bis in die 8. Legislaturperiode zurückgestellt werde, um zunächst die auf Seite 410 des Psychiatrie-Berichts angekündigte Kosten- und Planungsstudie abzuwarten, damit deren Aussagen in unsere Stellungnahme mit einbezogen werden können. Wie wir erfahren mußten, ist die inzwischen vorliegende Kosten- und Planungsstudie zunächst nur für den internen ministeriellen Gebrauch bestimmt. Sie wurde daher im Mai nur einigen kommunalen Spitzenverbänden im Länderbereich zur Verfügung gestellt. Somit war uns eine eingehende substantielle Beratung und Auswertung der Psychiatrie-Enquete unter Einbeziehung der Aussagen der Kosten- und Planungsstudie in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit bedauerlicherweise nicht möglich.

Wir halten dieses Verfahren für unangemessen. Es ist dem Anliegen der Psychiatrie-Enquete sicher nicht förderlich, wenn bei den kommunalen Gebietskörperschaften der Eindruck entsteht, sie würden in diesem von schwerwiegenden Mängeln gekennzeichneten Versorgungsbereich bewußt von einer Mitberatung und Mitwirkung ausgeschlossen, obwohl auf allen anderen Gebieten des Gesundheitswesens und der kommunalen Infrastruktur ihre Mitwirkung selbstverständlich und unverzichtbar ist. Wir bitten deshalb eindringlich, die kommunalen Spitzenverbände mit allen für die Auswertung des Psychiatrie-Berichts relevanten Materialien rechtzeitig zu versorgen und die kommunalen Gebietskörperschaften in den jetzt anlaufenden Auswertungs- und Meinungsbildungsprozeß zur Entwicklung machbarer Konzeptionen einer gemeindenahen Psychiatrie einzubeziehen.

Aus den vorgenannten Gründen müssen wir uns die Abgabe einer eingehenden schriftlichen Stellungnahme vorbehalten. Wir gehen unverändert davon aus, daß wir hierzu auch noch formell aufgefordert werden. Auf der Grundlage der bisher vorläufigen Beratungen in unseren Fachgremien geben wir unter diesem Vorbehalt hiermit folgende *vorläufige Stellungnahme* ab:

1. Der Psychiatrie-Bericht der Enquete-Kommission ist eine hervorragende Grundlage für die Diskussion zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und geistig und seelisch Behinderter.

2. Wir halten es im Interesse der betroffenen Bevölkerung für dringend geboten, die im Psychiatrie-Bericht mit aktuellen Zahlen und Fakten belegten schwerwiegenden Versorgungsmängel auf der Grundlage eines sorgfältig durchdachten und kooperativ erarbeiteten Konzepts schrittweise zu beheben und dabei das übergeordnete Ziel einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung zu verwirklichen. Dies erfordert im Länderbereich die Entwicklung klarer Vorstellungen und die Festlegung von Prioritäten.

3. Wir halten es für erforderlich, daß die Länder Konzeptionen entwickeln, die das allgemeine Krankenhauswesen, die psychiatrischen Versorgungseinrichtungen und Dienste sowie den gesamten Bereich der komplementären Einrichtungen und Dienste der Versorgungskette in einem Guß zusammenfassen. Dieser Planungsprozeß muß unter Beteiligung der kommunalen Gebietskörperschaften und der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten freigemeinnützigen Träger eingeleitet und von allen Seiten kooperativ durchgeführt werden, um zu einem harmonisch abgestimmten und machbaren Konzept zu kommen.

4. Der Psychiatrie-Bericht läßt wichtige Fragen hinsichtlich der Abgrenzung

   — der einzelnen Aufgaben,

   — der Aufgabenverantwortung,

   — der Trägerschaft,

   — der Finanzierung,

   — der Kostenträgerschaft

   offen. Die Klärung dieser Fragen ist unabdingbare Voraussetzung für die Aufstellung und Durchführung von Konzeptionen und die Festlegung von Prioritäten. Wir halten es für unbedingt geboten, daß die Länder für jedes einzelne Glied der psychiatrischen Versorgungskette diese Fragen klar beantworten und ggf. die erforderlichen gesetzlichen Regelungen in die Wege leiten. Es würde der durch den Psychiatrie-Bericht der Sachverständigen-Kommission ausgelösten Diskussion über die Verwirklichung der empfohlenen Schritte zur Erreichung einer gemeindenahen Psychiatrie abträglich sein und die Bereitschaft der kommunalen Gebietskörperschaften sowie auch der freigemeinnützigen Träger zur Mitwirkung und Mitverantwortung ernsthaft in Frage stellen, wenn diese erforderliche Klärung nicht als dringendes Anliegen und als Voraussetzung für alle weiteren Überlegungen erkannt würde. Das notwendige Engagement der kommunalen Gebietskörperschaften bei der Entwicklung eines Systems gemeindenaher psychiatrischer Versorgung setzt voraus, daß die damit verbundenen finanziellen Verpflichtungen für jedes einzelne Glied der Versorgungskette klar überschaubar und rechtlich abgesichert sind. Voraussetzung ist in jedem Fall, daß die kommunalen Gebietskörperschaften für diese zusätzlichen Verpflichtungen eine ausreichende finanzielle Ausstattung erhalten.

5. Wir unterstützen nachdrücklich die Forderung der Sachverständigen-Kommission (2.11), daß die psychisch Kranken den körperlich Kranken gleichzustellen sind und alle noch bestehenden Benachteiligungen in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht beseitigt werden müssen.

6. Die von der Sachverständigen-Kommission empfohlene getrennte Versorgung psychisch Kranker und geistig und seelisch Behinderter (2.9) wird unterstützt. Die Entwicklung eines eigenständigen Versorgungssystems für geistig und seelisch Behinderte muß parallel zu der Entwicklung des Versorgungssystems für psy-

chisch Kranke erfolgen. Die Planungen müssen aufeinander abgestimmt werden, soweit sie nicht ohnehin in integrierten Plänen zusammengefaßt werden. Auch für diese Versorgungskette gelten die oben unter Nr. 4 dargelegten Notwendigkeiten.

7. Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission verdeutlichen, daß das Rückgrat der psychiatrischen Versorgung die stationären Dienste (Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Fachkrankenhäuser) sind, denen nach den Empfehlungen (3.2.2) auch weitgehende ambulante Versorgungsfunktionen zukommen sollten.

   Um zu einem ausgewogenen und flächendeckenden System gemeindenaher psychiatrischer Versorgung zu gelangen, wird es deshalb erforderlich sein, die stationären Dienste so zu verteilen und zu lokalisieren, daß alle Räume eines Landes gleichermaßen und nach Möglichkeit auch gleichwertig gemeindenah psychiatrisch versorgt werden. Wir begrüßen deshalb die Empfehlung (2.8), die großen psychiatrischen Krankenhäuser zu verkleinern und in überschaubare Abteilungen aufzugliedern, weil ihre derzeitige ungünstige Lage und Größe es ihnen erschwert, sich an der gemeindenahen Versorgung unter Zugrundelegung der in dem Psychiatrie-Bericht dargelegten Erkenntnisse zu beteiligen. Bei der Dezentralisierung müßten unbedingt die verkleinerten Einheiten geographisch so placiert werden, daß unter Einbeziehung auch der anderen vorhandenen oder geplanten stationären Dienste alle Räume eines Landes in vertretbarer Entfernung ein psychiatrisches Krankenhaus in Anspruch nehmen können.

8. Die Sachverständigen-Kommission empfiehlt (3.3), die psychiatrische stationäre Versorgung künftig in einem System psychiatrischer Behandlungszentren durchzuführen, die realisiert werden können:

   — als psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus,

   — als psychiatrisches Krankenhaus.

   Es bedarf der eindeutigen Klärung und ggf. gesetzlichen Festlegung, wem diese Aufgabe obliegt. Davon ist abhängig, ob das Vorhalten psychiatrischer Krankenhausbetten der überörtlichen Trägerebene, der örtlichen Trägerebene oder aber beiden mit den sich daraus ergebenden Finanzierungs- und Finanzausgleichsfragen zugeordnet wird.

9. Die Finanzierung der stationären Versorgungseinrichtungen sollte von folgenden Grundsätzen ausgehen:

   — Vollfinanzierung der Vorbehaltung der psychiatrischen Krankenhausbetten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz.

   — Finanzierung der Betriebskosten nach Maßgabe der KHG und der BPflVO wie in Allgemeinkrankenhäusern.

   Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, daß auch nach dem z. Z. geltenden KHG keinesfalls alle mit der Unterhaltung eines Krankenhauses verbundenen Kosten abgedeckt sind. Vielmehr hat auch nach geltendem Recht der Krankenhausträger erhebliche Eigenleistungen (Grundstückskosten, Erschließung, Personalwohnheime, Krankenpflegeschulen etc.) aus eigenen Mitteln zu finanzieren. Ganz abgesehen davon reichen die nach dem KHG gewährten Investitionszuschüsse und die über die Pflegesätze finanzierten Betriebskosten nicht aus, um die Krankenhäuser funktionsfähig zu halten. Eine Umfrage der kommunalen Spitzenverbände im vergangenen Jahr hat gezeigt, daß in den Jahren 1974 und 1975 jeweils mehr als eine halbe Milliarde DM zusätzlich von den kommunalen Gebietskörperschaften zugeschossen werden mußte, um die Krankenhausversorgung sicherzustellen.

   Vor diesem Hintergrund und angesichts der kritischen Haushaltslage der kommunalen Gebietskörperschaften muß dringend davor gewarnt werden, die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausbetten schlechter zu regeln, als dies für die allgemeinen Krankenhausbetten der Fall ist. Es wäre im Gegenteil zu begrüßen, wenn Wege gefunden würden, den potentiellen Trägern der stationären psychiatrischen Versorgung einen Anreiz zur Schaffung quantiativ und qualitativ ausreichender Einrichtungen zu geben und ihnen dabei nach Möglichkeit die nach dem geltenden Finanzierungssystem verbleibende Eigenbeteiligung und die Betriebskostendefizite zu ersparen. Dies gilt um so mehr im Hinblick auf die aktuellen Absichten des Bundes, das Krankenhausfinanzierungsgesetz dahin zu ändern, daß künftig die Krankenhausträger eine zusätzliche Eigenbeteiligung selbst zu tragen haben. Falls der Gesetzgeber diese zusätzliche Eigenbelastung beschließen sollte, würde dies die Bereitschaft der kommunalen wie auch der freigemeinnützigen Krankenhausträger, sich im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung zu engagieren, verhängnisvoll lähmen.

10. Bei der Angliederung von psychiatrischen Abteilungen an Akutkrankenhäuser sollte die Trägerschaft beim Träger des Akutkrankenhauses liegen. Das wird in der Regel insoweit eine Verlagerung der Trägerschaft vom überörtlichen zum örtlichen kommunalen oder freigemeinnützigen Träger bedeuten. Umso notwendiger ist eine alsbaldige Klärung der vorstehend unter Nummer 9 aufgezeigten Finanzierungsfragen.

11. Die von der Sachverständigen-Kommission empfohlene Richtzahl von rd. 200 Betten für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist problematisch und bedarf der Überprüfung:

    Die überwiegende Mehrzahl der vorhandenen Krankenhäuser ist so dimensioniert, daß eine einzelne Fachabteilung dieser Größenordnung

den Rahmen völlig sprengen würde. Das gilt insbesondere für die Krankenhäuser außerhalb der Großstädte. Nach der kürzlich veröffentlichten Übersicht des Statistischen Bundesamtes (Wirtschaft und Statistik, Heft 2/77, S. 124 ff.) hatten 1975 65,5 v. H. der Krankenhäuser in der Bundesrepublik weniger als 200 planmäßige Betten. Würde man an der von der Sachverständigen-Kommission vorgeschlagenen Richtzahl festhalten, kämen damit praktisch nur in Großstädten gelegene Krankenhäuser für die Angliederung einer entsprechenden psychiatrischen Fachabteilung in Betracht. Damit würden das stationäre Versorgungsnetz und die mit ihm verbundenen ambulanten Versorgungsfunktionen fast ausschließlich auf den großstädtischen Bereich konzentriert. Das im Psychiatrie-Bericht aufgezeigte Gefälle der psychiatrischen Versorgung würde somit festgeschrieben und noch vestärkt werden. Es ist zu berücksichtigen, daß 63 v. H. der Bevölkerung der Bundesrepublik im kreisangehörigen Raum leben. Für diesen Teil der Bevölkerung muß aber gleichermaßen das Ziel gelten, zu einer gemeindenahen Psychiatrie zu kommen.

Wir würden es deshalb begrüßen, wenn an verschiedenen Modellen erprobt würde, ob und unter welchen Voraussetzungen funktionsfähige psychiatrische Fachabteilungen mit geringerer Bettenzahl an Allgemeinkrankenhäuser angegliedert werden können. Dabei sollte auf die Erfahrungen und Erkenntnisse zurückgegriffen werden, die z. B. mit der psychiatrischen Abteilung (58 Betten) des Katholischen Allgemeinkrankenhauses (insgesamt 220 Betten) in Bad Driburg unter Berücksichtigung der anderen dort konzentrierten und kooperierenden psychiatrischen Versorgungseinrichtungen gewonnen wurden.

12. Wegen der Unterversorgung im ambulanten Bereich halten wir eine Einbeziehung der psychiatrischen Krankenhäuser und psychiatrischen Fachabteilungen in die ambulante kassenärztliche Versorgung für unbedingt erforderlich. Es ist zu begrüßen, daß der Gesetzgeber im vergangenen Jahr den besonderen Bedürfnissen der psychisch Kranken durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts Rechnung getragen und die Möglichkeit des Abschlusses von Institutsverträgen eröffnet hat. Im Interesse der Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung erscheint es wünschenswert, die hiermit geschaffene Möglichkeiten weitgehend auszuschöpfen.

13. Im Gegensatz zum stationären Bereich fehlen im Bereich der von der Sachverständigen-Kommission empfohlenen komplementären Dienste entsprechende gesetzliche Regelungen. Planung und Finanzierung im komplementären Bereich sind daher z. Z. völlig unbefriedigend geregelt sowohl hinsichtlich der Vorhaltungs- als auch der Betriebskosten. Wir schließen uns daher der Auffassung der Sachverständigen-Kommission an, daß der komplementäre Bereich einer klaren Regelung bedarf.

14. Die Einrichtung einer psycho-sozialen Arbeitsgemeinschaft in den Städten und Kreisen wird für zweckmäßig gehalten. Innerhalb eines Standard-Versorgungsgebietes muß eine enge interkommunale Zusammenarbeit das Anliegen aller Beteiligten sein. Die Standard-Versorgungsgebiete sollten grundsätzlich mit den nach der Gebietsreform gegebenen neuen Gemeinde- und Kreisgrenzen zur Deckung gebracht werden, um eine Zerschneidung zusammenhängender kommunaler Einheiten zu vermeiden.

15. Die von der Sachverständigen-Kommission empfohlene Einrichtung eines besonderen psycho-sozialen Ausschusses bei den Räten der Kreise und kreisfreien Städte (3.11.1) wird von uns abgelehnt. Es sollte der Entscheidung der einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften überlassen bleiben, welchen kommunalen Beratungs- und Entscheidungsgremien dieser Aufgabenbereich zugeordnet wird. Bei der Bildung eines speziellen Gremiums besteht die Gefahr, daß es nicht ausreichend in den allgemeinen Planungs- und Verantwortungsbereich eingebunden wird und mit seinem besonderen Anliegen nicht hinreichend zur Geltung kommt.

Wir würden es begrüßen, wenn die Länder die vorstehend aufgezeigten Gesichtspunkte und Hinweise bei ihrer demnächst gegenüber dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit abzugebenden Stellungnahme berücksichtigten. Wir sprechen außerdem die Erwartung aus, daß Bund und Länder in Kürze das Gespräch mit den kommunalen Spitzenverbänden über die Auswertung der Psychiatrie-Enquete eröffnen und ihre Vorstellungen über die Entwicklung eines Systems gemeindenaher Psychiatrie zur Diskussion stellen.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
Am Stockborn 1—3, 6000 Frankfurt a. M. 55

Stellungnahme zur Psychiatrie-Enquete

24. Oktober 1978

1. Allgemeines

1.1.

Der Deutsche Verein begrüßt den Enquête-Bericht als eine systematische Zusammenfassung von Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Der Bericht stellt auch im speziellen Aufgabenfeld des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge eine wichtige Diskussionsgrundlage für die Verbesserung sozialer Hilfen und rehabilitativer Maßnahmen, insbesondere für seelisch und geistig behinderte und von solchen Behinderungen bedrohte Menschen dar.

1.2.

Nachdrücklich unterstützt der Deutsche Verein die *Grundtendenz* des Berichts, zu einer dezentralisierten und damit *gemeindenah* orientierten Versorgung zu kommen sowie neben den speziell ärztlichen pädagogische und soziale Gesichtspunkte entscheidend mit einbezubeziehen.

Die Entwicklung in den vergangenen drei bis vier Jahren hat gezeigt, daß über diese generelle Forderung der Sachverständigen-Kommission offensichtlich weitgehend Konsensus besteht.

— So ist es in den Gemeinden, Städten und Landkreisen zu einer Steigerung der extramuralen Aktivitäten und Initiativen auf dem Gebiet komplementärer und speziell rehabilitativer Dienste gekommen.

— Nach der Novellierung der Reichsversicherungsordnung, die nunmehr den Abschluß sogenannter „Institutsverträge" ermöglicht, wird mit der empfohlenen Einrichtung ambulanter Dienste an psychiatrischen Krankenhäusern begonnen.

— Wenn auch im Bundesgebiet ungleich verteilt, wird die Errichtung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern an verschiedenen Stellen in Angriff genommen.

— Psychiatrische Krankenhäuser in freier Trägerschaft erklären sich bereit, die umfassende Versorgung definierter geographischer Gebiete zu übernehmen.

— Die Einbeziehung psychiatrischer Abteilungen und psychiatrischer Krankenhäuser freier Trägerschaft in das flächendeckende System von Aufnahmebezirken führt an einigen Stellen bereits zu einer wünschenswerten Verkleinerung der Einzugsgebiete.

1.3.

Der Deutsche Verein schließt sich der Empfehlung des Enquête-Berichts an, daß die Versorgung *psychisch Kranker* und *geistig Behinderter* getrennt wird.

Erwachsene geistig Behinderte sind, wenn nicht Krankenhauspflegebedürftigkeit vorliegt, im Bereich psychiatrischer Krankenhäuser als fehlplaziert anzusehen. Sie bedürfen spezieller pädagogisch-sozialtherapeutischer Betreuung, welche die Krankenhäuser in der Regel nicht zu bieten vermögen.

— Die Übernahme von geistig Behinderten aus dem psychiatrischen Krankenhaus in qualifizierte, gemeidenah gelegene komplementäre Einrichtungen ist daher sachgerecht.

— Ferner wird der Bildung von selbständigen, unter pädagogischer Verantwortung stehenden Behindertenbereichen dort zugestimmt, wo geistig Behinderte in größerer Zahl in psychiatrischen Krankenhäusern noch vorhanden sind. Hierbei ist der Behindertenbereich aus dem Krankenhaus herauszulösen.

Bei der Versorgung und Förderung *geistig behinderter Kinder und Jugendlicher* ist vor allem im Hinblick auf eine frühzeitige Feststellung der Behinderung und entsprechend früh einsetzende Maßnahmen eine multidisziplinäre Zusammenarbeit in Verbundsystemen sicherzustellen. Den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen fällt hierbei in erster Linie die Diagnostik, kurz- und mittelfristige Therapie, die langfristige Versorgung von Psychotikern und geistig Behinderten mit neuropsychiatrischen Komplikationen zu.

2. Zu einzelnen Empfehlungen des Enquête-Berichts

2.1. Komplementäre Dienste

Daß der Aus- und Aufbau der komplementären Dienste (Übergangsheime, Wohnheime, Einrichtungen für Mehrfach- und Schwerstbehinderte, beschützende Wohngruppen und Wohnungen, Patientenclubs, Tagesstätten) — unbeschadet der Notwendigkeit der Sanierung der bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser und der sonstigen Versorgungseinrichtungen — die erste Prioritätsstufe erhalten hat, ist sachlich gerechtfertigt und daher zu begrüßen.

Entsprechend der Bedeutung, die den komplementären Diensten zukommt, sind mit dem Ziel, diesen Be-

reich dort, wo es notwendig erscheint, neu zu ordnen, Vorarbeiten in Gang gekommen.

— Die Frage der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ist vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit bereits aufgegriffen worden. Auch eine Arbeitsgruppe des Deutschen Vereins bemüht sich um praktikable Lösungsvorschläge. Hierbei soll auch die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Planung Berücksichtigung finden. Es zeigt sich schon jetzt, daß eine Regelung der Absicherung des Risikos bei Pflegebedürftigkeit nicht nur auf betroffene alte Menschen beschränkt bleiben kann.

— Ferner haben sich Probleme bezüglich des Aufgabenkatalogs und der Leistungsträgerschaft bei sogenannten Übergangsheimen ergeben. Der Fachausschuß V des Deutschen Vereins (Hilfen für psychisch Kranke) sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bemühen sich zur Zeit in Fortschreibung der entsprechenden Empfehlung des Berichts um eine präzisere Definition der genannten Einrichtung und stellen Überlegungen an, in welcher Weise Einrichtungen dieser Art in ein Gesamtsystem der Rehabilitation einzubeziehen seien.

— Der Deutsche Verein hält es des weiteren in Übereinstimmung mit dem Enquête-Bericht für erforderlich, daß bei der außerordentlichen, zum Teil unübersehbaren Vielfalt von Heimarten Anstrengungen unternommen werden, zu einer definitorisch abgesicherten Typologie zu kommen. Insbesondere erscheint es notwendig, Empfehlungen für Betreuungs-, Förderungs- und Behandlungskonzepte in Wohnangeboten für seelisch und geistig Behinderte zu erarbeiten.

2.2. Spezielle rehabilitative Dienste

Der Deutsche Verein mißt ebenso wie die Sachverständigen-Kommission dem Ausbau eines bedarfsgerechten Netzes gut strukturierter *Werkstätten für Behinderte* große Bedeutung zu.

— Der Deutsche Verein folgt den Empfehlungen des Enquete-Berichts, wenn er die Forderung unterstützt, daß seelisch Behinderte stärker als bislang in das System der Werkstätten einbezogen werden sollten. Dabei wäre es wünschenswert, den seelisch Behinderten in von anderen Behindertengruppen abgetrennten Räumlichkeiten eigene, ihren Bedürfnissen angemessene Programme anzubieten. In Gebieten, in denen ein entsprechender Bedarf abzudecken ist, erscheint es nach vorliegenden Erfahrungen zweckmäßig, Werkstätten für seelisch Behinderte einzurichten. Dort, wo seelisch Behinderte in Werkstätten beschäftigt werden, ist dafür Sorge zu tragen, daß spezielle begleitende Dienste in ausreichendem Umfange vorhanden sind.

— Eine Reihe von klärungsbedürftigen Problemen bieten ferner *Werkstätten für Behinderte bei* Krankenhäusern und Anstalten hinsichtlich ihrer Struktur, Rechtsform und Anerkennung. Hiervon zu unterscheiden sind werkstattähnliche Einrichtungen *in* Krankenhäusern. Die Beschäftigung des Rehabilitanden ist hier Teil der Therapie und fällt somit in den Umkreis der medizinischen Rehabilitation. Da auch diese *werkstattähnlichen Einrichtungen* auf Industrie-Aufträge angewiesen sind, sollte geprüft werden, in welcher Weise ein System etwa in Analogie zur Ausgleichsabgabe auch hier Anwendung finden könnte. Eine Anpassung des bestehenden Rechtes an die Empfehlungen erscheint auch deswegen erforderlich, damit die werkstattähnlichen Einrichtungen nicht durch Preisunterbietung gegenüber den anerkannten Werkstätten in eine unerwünschte Konkurrenz geraten.

2.3. Aus-, Weiter- und Fortbildung

2.3.1.

Eine Stellungnahme zu den Ausführungen, die der Bericht zur Aus-, Weiter- und Fortbildung der Sozialarbeiter enthält, ist dem Deutschen Verein zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich, da zunächst die Beratungen über den Referentenentwurf eines Psychotherapeutengesetzes innerhalb seiner Gremien abgeschlossen werden müssen.

2.3.2.

Die Forderung nach Vermehrung der Ausbildungskapazität für *Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten* erscheint bei dem großen, nach wie vor unabgedeckten Bedarf berechtigt.

2.3.3.

In der Beurteilung der teilweise bestehenden Mißstände auf dem Gebiet der Versorgung im sogenannten Heimsektor besteht Übereinstimmung. Um sie zu beseitigen, müssen Bildungsmaßnahmen für Berufsgruppen nachdrücklich gefördert werden, die eine ausreichende Qualifikation zur Arbeit mit geistig und seelisch Behinderten im komplementären Bereich zum Ziele haben. Es ist ein gravierender Mangel, daß diesen wichtigen Berufsgruppen in der Regel bislang die staatliche Anerkennung nicht zuteil geworden ist.

2.4. Koordination

Wegen eines vielerorts bemerkenswerten Anwachsens freier Initiativen in den Kommunen besteht eine erhöhte Notwendigkeit zur Koordination der vielen, häufig voneinander unabhängigen Dienste, welche im Gesamtbereich der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätig werden. Es kommt nicht selten zu einem Nebeneinanderher-Arbeiten und zu oft krassen Fehlplazierungen. Eine Zusammenführung der zersplitterten Aktivitäten erscheint notwendig.

In diesem Zusammenhang muß als wichtiger Schritt zur Verbesserung der genannten Situation die Gründung von *psychosozialen Arbeitsgemeinschaften* gelten. Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen hat schon vor längerer Zeit die Kreise und kreisfreien Städte

durch Runderlaß aufgefordert, psychosoziale Arbeitsgemeinschaften zu bilden. Sie sind in der Zwischenzeit an vielen Stellen entstanden und haben sich bewährt. Es wäre wünschenswert, daß auch andere Bundesländer in dieser Weise verfahren.

2.5. Rechtsprobleme

In Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Enquete-Berichts hält der Deutsche Verein die Regelung einer Reihe von Rechtsproblemen im Zusammenhang mit der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter für vordringlich.

— Die Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts steht nach den Empfehlungen des Enquete-Berichts dringend an.

— Das Problem des Arbeitsentgeltes in Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen sollte auf dem Hintergrund der Empfehlungen des Enquete-Berichts erneut aufgegriffen und einer angemessenen Lösung zugeführt werden.

— In verschiedenen Gesetzen (Gesetz über die Errichtung eines Bundeskriminalamtes; Bundeswahlgesetz) ist auch heute noch eine Diskriminierung psychisch Kranker festgeschrieben. Ebenso enthält der bisher vorliegende Entwurf eines Bundesmeldegesetzes Regelungen, die einer Diffamierung psychisch Kranker gleichkommen. Der Deutsche Verein setzt sich mit einer Reihe von anderen Stellen in der Bundesrepublik Deutschland dafür ein, daß die rechtliche Stellung des psychisch Kranken in unserer Gesellschaft gesichert und den besonderen Belangen dieses Personenkreises in der Gesetzgebung Rechnung getragen wird.

— Der jahrelange Versuch, den sogenannten Halbierungserlaß zu beseitigen, ist bis heute ergebnislos geblieben. Der Deutsche Verein wird auch weiterhin energische Anstrengungen unternehmen, dieses Relikt aus vergangener Zeit schon im Rahmen der 4. Novelle zum Bundessozialhilfegesetz zu eliminieren.

Krankenversicherung, Rentenversicherung, Bundesanstalt für Arbeit und Sozialhilfe sind als Leistungsträger für die Rehabilitation psychisch Kranker zuständig. Es ist nicht zu verkennen, daß die Zersplitterung dieser Zuständigkeiten die Einleitung und zügige Durchführung des Rehabilitationsprozesses nicht selten erheblich erschwert. Verbesserungen im koordinativen Zusammenspiel der einzelnen Rehabilitationsträger sind daher gerade im Hinblick auf den Personenkreis der psychisch Kranken bzw. Behinderten erforderlich.

Darüber hinaus ist ein Appell an die Rehabilitationsträger zu richten, den Rahmen für diese Zweige der sozialen Sicherung abzuklären und die gesetzlichen Möglichkeiten voll auszuschöpfen.

3. Beratung im Rahmen der Sozialarbeit durch Jugend- und Sozialämter

Der Enquete-Bericht geht in seinen Aussagen zur Sozialarbeit in Jugend- und Sozialämtern von einem überholten Verständnis von Sozialarbeit aus. Die soziale Kontrolle von abweichendem Verhalten gehört nicht zum Selbstverständnis von Sozialarbeit. Sozialarbeit ist bemüht, die Ursachen bestehender oder voraussichtlich entstehender Notsituationen zu erkennen und zu ihrer Beseitigung bzw. Verhinderung durch rechtzeitige und vorbeugende Hilfen beizutragen. Das heißt, Sozialarbeit leistet Hilfe zur Selbsthilfe, berät und hilft bei der Inanspruchnahme von gesetzlichen Leistungen und sonstigen Hilfemöglichkeiten und ist bemüht, zwischenmenschliche Konflikte zusammen mit dem Hilfesuchenden aufzuarbeiten oder tragbar zu machen (KGSt-Bericht 6/1975, S. 8).

Das Hilfeangebot richtet sich an die Angehörigen aller Schichten in gleicher Weise. Es trifft nicht zu, daß sozialarbeiterische Maßnahmen von kontrollierendem Charakter mit sinkender sozialer Schicht zunehmen, wohl aber nimmt die Intensität der Hilfe zu, um die Chancengleichheit zu erhöhen.

Die Aussage, daß psycho- und sozialtherapeutische Ansätze Eingang in die beratende Tätigkeit der Jugendämter und nur ausnahmsweise in die der Sozialämter gefunden haben, ist zu undifferenziert. Psycho- und sozialtherapeutische Ansätze finden sich vor allen Dingen in der Familienfürsorge (Allgemeiner Sozialdienst). Dieser Sozialdienst arbeitet in der Regel für Jugendamt und Sozialamt.

Die Methoden der Sozialarbeit — Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit — sind seit Jahren Bestandteil der Sozialarbeit.

Eine Unterscheidung nach aktiver und verwaltender Sozialarbeit ist nicht sachgerecht und geht an der Realität vorbei. Bei den sozialen Diensten muß man das Angebot freier Träger als stärker formlos helfendes Angebot und im Rahmen der öffentlichen Sozialarbeit die Familienfürsorge und ggf. Sonderdienste unterscheiden. Dazu kommen selbständige Sozialdienste (z. B. Beratungsstellen).

Auch die öffentliche Sozialarbeit leistet Krisenintervention und Beratung. Aufgaben der sozialen Kontrolle sind in der Regel nicht wahrzunehmen oder sie sind von untergeordneter Bedeutung.

Der wichtige Beitrag der Sozialarbeit sowohl von freien als auch von öffentlichen Trägern im Vorfeld der psychosozialen Versorgung sollte gemäß ihrer bereits seit Jahren geleisteten Arbeit gewertet und nicht an einem längst überholten Verständnis von Sozialarbeit gemessen werden.

Deutsches Nationalkomitee für seelische Gesundheit (NK)
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Martinstr. 52, 2000 Hamburg 20

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

27. Juni 1978

Das Deutsche Nationalkomitee (NK) ist ein Zusammenschluß solcher Verbände (und Personen), die Mitglieder der World Federation for Mental Health sind und die sich für den Bereich der Bundesrepublik Deutschland der Prävention und deren Ziel: der Herstellung und Erhaltung seelischer Gesundheit verpflichtet fühlen.

Ziel der vorliegenden Stellungnahme ist es, einen Minimalkonsens der Vorstellungen der Mitgliedsverbände zu formulieren. Dieser soll das Selbstverständnis des NK ausdrücken, soll die Voraussetzung für gemeinsame Aktionsschritte und -programme schaffen, soll die Koordination der Arbeitsschwerpunkte der Mitgliedsverbände erleichtern, soll Leerstellen sichtbar machen und soll den notwendigen Präventionsforderungen in der allgemeinen und in der fachlichen Öffentlichkeit zur Beachtung und Durchsetzung verhelfen.

Material für diese Stellungnahme sind die Aktivitätsberichte der Mitgliedsverbände, die sonstigen von ihnen gelieferten Unterlagen, die Protokolle der bisherigen Sitzungen des NK sowie die Ausführungen und die Empfehlungen zur Prävention der Psychiatrie-Enquete, auf die sich alle Mitgliedsverbände beziehen.

I. Was ist präventive Tätigkeit?

Das NK befindet sich grundsätzlich in Übereinstimmung mit den Formulierungen und Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete.

Prävention setzt sowohl an der Umwelt als auch am Individuum an. Auf seiten der Umwelt bedeutet Prävention Verwirklichung fördernder Lebensbedingungen für seelische Gesundheit sowie Verhinderung psychosozialer Beeinträchtigungen und Reduktion krankmachender Faktoren — dies in der Öffentlichkeit, im Privat- und im Arbeitsbereich. Auf seiten des Individuums bedeutet Prävention den Erwerb von Kompetenzen, d. h. von Fertigkeiten und Verhaltensweisen, die eine wirksamere (kompetentere) Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen ermöglichen. Sowohl die Sozialisationsinstanzen (besonders Familie und Schule) müssen zum Erwerb von Kompetenzen beitragen, als auch Elternarbeit und Familienbildung sowie Gesundheitsaufklärung Interventionsmöglichkeiten für diejenigen Bevölkerungsgruppen mit erhöhter Problembelastung anbieten, die in den Prozessen der primären und sekundären Sozialisation nicht hinreichende Kompetenzen erworben haben.

Man kann Prävention als Aufbau positiver Bedingungen von Prophylaxe, als Abbau negativer Bedingungen abgrenzen, beides als Psychohygiene zusammenfassen und als Mittel für die Verwirklichung des Ziels: seelische Gesundheit definieren.

In Bezug auf Störungen (abweichendes Verhalten) ist Prävention dreigeteilt zu sehen, obwohl in der Praxis die Grenzen fließend sind: als primäre (Verhinderung des Erstauftretens einer psychischen Störung/Behinderung), sekundäre (Frühbehandlung von Störungen zur Verkürzung der Dauer und Verhinderung von Rückfällen) und tertiäre (Verhinderung oder Milderung von Chronifizierungsprozessen).

Indem dieser Einteilung von *Caplan* gefolgt wird, ist klar, daß Prävention A. eigene abgrenzbare Tätigkeitsfelder meint sowie B. eine Haltung meint, die auch Geltung hat für die kurative psychiatrisch/psychotherapeutische, heilpädagogische, sozialpädagogische usw. und auch für die rehabilitative Tätigkeit.

Es ist zu betonen, daß der Aufgabenbereich der Prävention wesentlich umfangreicher ist, als er durch die Aktivitäten der Mitgliedsverbände des NK bisher abgedeckt werden kann.

Aus dem Vorstehenden ergibt sich im einzelnen weiter:

1. In erster Linie ist die Arbeit zugunsten von Kindern zu intensivieren. Und zwar in zweierlei Hinsicht: einmal im Bereich kompetenten elterlichen Erziehungsverhaltens in seiner zentralen Bedeutung für die Prävention abweichenden Verhaltens aller Art; zum anderen auch im Bereich des Aufbaus kompetenten Verhaltens bei den Kindern und Jugendlichen selbst. Dauerhafte Sicherung seelischer Gesundheit hat an der Kompetenzvermittlung schon im Kindesalter (emotionales und soziales Lernen, Lernen demokratischen Verhaltens u. ä.) anzusetzen.

2. Prävention bezieht sich nicht nur auf gestörte und gefährdete, sondern auch auf die Gesamtheit der gesunden Menschen. Daher ist ebenso für spezifische Beratungsangebote (z. B. Sucht-, Suizidberatung) wie für unspezifische Beratungsangebote (für alle Bevölkerungsgruppen) zu sorgen.

3. Prävention bezieht sich nicht nur auf Individuen, sondern auch auf Gruppen (insbesondere

Risikogruppen) sowie auf die Gesamtgesellschaft, ihre Bedingungen und Maßnahmen.

4. Prävention betrifft also gesellschaftliche Bereiche, die weit über die Psychiatrie hinausgehen.
5. Vor allem primäre und sekundäre Prävention findet in Bereichen statt, in denen körperliche, seelische und soziale Gefährdungen noch eng beieinander liegen. Das ist bei jeder Organisation präventiver Dienste zu beachten.
6. Daher sind präventive Aktivitäten auch gemeinde-integriert zu lokalisieren (Standardversorgungsgebiet), abgesehen von solchen Maßnahmen, die gesamtgesellschaftlich orientiert sind.
7. Prävention zielt auf Mobilisierung des Selbsthilfepotentials von Individuen, Familien, Nachbarschaften, anderer Gruppen und der Gesellschaft selbst.
8. Prävention wird überwiegend von beruflich gemischten Teams durchgeführt (z. B. Beratungsstellen, Früherziehung bei geistiger Behinderung).

II. Korrektur der Psychiatrie-Enquete

Die Enquete geht in ihren Grundsätzen davon aus, daß Versorgung von der Gemeinde und von der Ambulanz aus zu organisieren ist. Das ist wichtig, zumal empirische Befunde dafür vorliegen, daß die Verbesserung der Versorgung der Kranken nicht wesentlich zur Verbesserung der seelischen Gesundheit einer Region beiträgt. Faktisch geht die Enquete jedoch an vielen Stellen beim Aufbau der Versorgung mehr von der institutionellen (kurativen) Psychiatrie aus. Dies wirkt sich in verschiedenen Hinsichten äußerst hinderlich aus und bedarf daher der Korrektur einer eindeutigen Akzentverschiebung zugunsten der Prävention:

1. Mißverständlich und gefährlich ist vor allem der Begriff „Vorfeld“: Damit wird dieser präventiv entscheidende Bereich nur negativ definiert vom „eigentlichen Feld“ der kurativen Psychiatrie her. Statt „Vorfeld“ ist hier positiv zu definieren: „Bereiche präventiver Aktivitäten“ oder „Präventiv wirksame Dienste“. Der größte Teil des wie ein Anhängsel wirkenden Abschnitts E der Enquete (Primärprävention) gehört hierher. Besonders deutlich wird das an der zu engen Darstellung der Erziehungsberatungsstellen und an der stiefmütterlichen Behandlung der psychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern, obwohl diese in den meisten Bundesländern den gesetzlichen Auftrag der Prävention haben (PsychKGs). Hierzu später.
2. Mit dieser positiven Definition hätten die bisher als „Vorfeld“ heruntergespielten präventiv wirksamen Dienste (incl. z. B. praktische Ärzte) nicht mehr nur Filter- und Zuweisungsfunktion, sondern den positiven Auftrag, Kristallisationskerne zu sein für die Herstellung, Erhaltung oder Wiederherstellung der natürlichen seelischen und zwischenmenschlichen Ressourcen des Individuums, der Familie, der Nachbarschaft, der Gemeinde.
3. Auf diese Weise wäre auch ein Beitrag geleistet, der der von manchen Seiten geäußerten Gefahr der „Psychiatrisierung der Gesellschaft“ entgegenwirkt und Schritte von der Fremd- zu mehr Selbstbestimmung ermöglicht, da nach unserem Konzept Prävention Mobilisierung der Selbsthilfekompetenz bedeutet.
4. Während die Beratung der pädagogischen, sozialen, juristischen usw. Dienste einer Gemeinde durch „normal“, d. h. eher kurativ ausgebildete Psychiater/Psychotherapeuten diese Dienste eher entmutigen kann, kann von präventiv wirksamen Diensten eine ihrem eigenen Arbeitsstil (Mobilisierung der Selbsthilfekompetenz) entsprechende situationsangemessene Beratung und Supervision erfolgen.
5. Dieser eigene, präventiv-orientierte Arbeitsstil kann vielmehr umgekehrt auch in die institutionellen psychiatrisch-psychotherapeutisch-heilpädagogischen Versorgungseinrichtungen zur Förderung der sekundären und tertiären Prävention hineingetragen werden (z. B. können viele krankenhausbedürftigen akuten Krankheitszustände mit mehr Erfolg als „Krisen“ aufgefaßt und angegangen werden).
6. Gleichermaßen hätte dieser präventiv-wirksame Arbeitsstil in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsgänge aller an der psychosozialen Versorgung beteiligten Berufe einzugehen, was z. B. eine Ergänzung der medizinisch-psychiatrischen Konzepte durch pädagogische, sozialwissenschaftliche und psychologische Konzepte bedeutet. D. h. auch, daß es zu einer (möglichst gesetzlich geregelten) gleichberechtigten Kooperation der pädagogischen, medizinischen, psychologischen und sozialen Dienste und Berufe im System der Prävention zu kommen hat.
7. Der entscheidende — aber konsequente — Mangel der Enquete ist es, daß im Gegensetz zu allen anderen Elementen der Psychiatrie die Prävention in ihrem Kernbereich organisatorisch in der Luft hängt, also verbal bleibt. D. h. es werden keine Vorschläge für ihre organisatorische Verwirklichung gemacht. Diesbezügliche Empfehlungen des Gutachtens von *L. Ciompi* (Anhang der Enquete) bleiben im wesentlichen unberücksichtigt. Entsprechend wird die Prävention auch in der Kosten-Nutzen-Analyse und in der Planungsstudie ausgeklammert. Auch hier ist eine Korrektur der Enquete unumgänglich, damit sie ihrem eigenen Anspruch gerecht wird. Eine solche Korrektur ist aber auch eher möglich, wenn man dem hier vorgelegten Konzept folgt. Organisatorische Lösungsvorschläge hierfür vgl. Abschnitt V.

III. Felder der Prävention

Es soll hier darum gehen, die — durchaus noch nicht vollständige — Spannbreite des Fächers not-

wendiger präventiver Aktivitäten sowie die Schwerpunkte der Mitgliedsverbände des NK sichtbar zu machen. Die einzelnen Felder werden nur exemplarisch dargestellt.

1. Körpermedizinische Prävention

genetische Beratung

Schwangerschaftsvorsorge (Förderung der Motivation)

Neugeborenenuntersuchung (U 1) durch Pädiater mit neurol. Erfahrung, präventive Krankenhausbetreuung (Konsiliardienst), besonders Einbeziehung der Mütter in Kinderkliniken

Unfallverhütung

Umweltschutz, psych. Prävention in der Arbeitsmedizin

(Von den Mitgliedsverbänden des NK ist hier — neben verschiedenen Fachverbänden — besonders die Lebenshilfe aktiv)

2. Präventive Gemeindedienste

a) für Kinder, Jugendliche, Familien

Frühförderung und -erziehung von geistig Behinderten (Lebenshilfe)

Beratung und Therapie von Eltern-Kind- und Familienbeziehungen

Elternselbsthilfegruppen, -schulen und -training

Förderung der Mutter-Präsenz (besonders in ersten Lebensjahren)

Beratung von Kindergärten, Schulen, Heimen (hier Schwerpunkt der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, Caritas, Diakonisches Werk, Arbeiterwohlfahrt, DGG)

b) Für Erwachsene

Krisenintervention

aktives Zugehen auf Risikogruppen aller Art

Mobilisierung des Selbsthilfepotentials der Gemeinde

Beeinflussung negativer Bedingungen in der Gemeinde (Isolation, Wohnungs- und Stadtplanungsprobleme, Freizeit, Arbeitslosigkeit, Alkohol- und Drogenprävention

Öffnung der lokalen psychiatr. Einrichtungen für Prävention

Alternativen und Ergänzungen zur psychiatr. Versorgung (Patienten-Clubs, Selbsthilfegruppen, Wohngruppen)

Beratungs- und Kooperationsangebote für soziale, pädagogische, psychologische, medizinische, juristische usw. Einrichtungen

c) für Alte

aktives Zugehen auf vereinsamte, unbewegliche alte Leute

Herstellung von Möglichkeiten der Erwachsenenbildung, Freizeit und Beschäftigung in der Gemeinde

Beratung von Heimen und anderen Alteneinrichtungen

(Für b) und c) sind in einzelnen Aspekten aktiv: Caritas, Diakonisches Werk, DKG, DGSP, Aktion psychisch Kranke).

3. Gesundheitserziehung und Öffentlichkeitsarbeit

Solche Aktivitäten können stattfinden auf Gemeindeebene (Lokalpresse, Informationsschriften über Beratungsangebote), hier am besten durch „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften" zu organisieren, z. B. von DGSP aus.

Sie können aber auch an die allgemeine Öffentlichkeit bzw. bestimmte Zielgruppen gerichtet sein: Aufklärung über Alltagsdrogen, Bedeutung der Freizeit, Erziehungstips für Eltern oder Kinder darstellen, in Kindergärten soziales Lernen erleichtern, Familien Selbsthilfekompetenz vermehren, Berufsschüler auf die Elternrolle vorbereiten oder allgemeine Vorurteile abzubauen versuchen. Dies ist Schwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, daneben auch der Aktion psychisch Kranke, des Diakonischen Werks und der Caritas.

Die Information zweier Zielgruppen ist für die Durchsetzung einer präventiv orientierten Versorgung und Haltung besonders wichtig: diese sind einerseits die politischen und administrativen Entscheidungsträger (Schwerpunkt: Aktion psychisch Kranke) und andererseits die psychosozial oder psychiatrisch Tätigen aller Berufsgruppen selbst (Schwerpunkt: DGSP).

4. Beeinflussung der Gesetzgebung

Hierbei kann es sich um Gesetze handeln, die den Familienschutz verbessern, die Schule, Ausbildung, Arbeitsschutz (Belastungshöchstnormen), Wohnungsbau, Umweltschutz (Lärm), den nicht ärztlichen Therapeuten betreffen oder die die Alkoholsteuer anheben und die Werbung für Alkohol und Medikamente erschweren wollen.

An solchen Aktivitäten beteiligen sich fast alle Mitgliedsverbände des NK.

IV. Aus-, Weiter- und Fortbildung

Da der Gedanke der Prävention in der Bundesrepublik Deutschland noch relativ wenig verankert ist, wird es noch eine Zeitlang dauern, bis er sich in den verschiedenen Bildungsgängen der medizinisch-psychosozialen Berufe — vor allem gegenüber dem kurativen Prinzip — durchgesetzt haben wird. Gleichwohl berücksichtigen die Mitgliedsverbände des NK Elemente der Prävention (vgl. Abschnitt I) in ihren Bildungskonzepten in zunehmendem Maße:

Balint-Gruppen für Ärzte und Nicht-Ärzte: DGPPT, AÄGP, DAP/DGG/DGPM

Familientherapie: Bundeskonferenz, DGPPT, DAP
Gruppentherapie: DGG/DAP, DGPPT

Laienausbildung: Lebenshilfe, BZgA, Diakonisches Werk, Caritas, DGG/DAP

Beruflich gemischte Fortbildungskurse nach Selbsthilfeprinzip: Lebenshilfe, DGSP, Bundeskonferenz, Diakon.Werk, Caritas, DGG/DAP

Arbeit im Kindergarten und in Elterngruppen als Bestandteil psychotherapeutischer Ausbildung: DAP/DGG/DGPM.

V. Organisation der Prävention

Die Träger der körpermedizinischen Prävention sind überwiegend nicht problematisch. Freilich sind noch — vergleichsweise geringe — Mittel bereitzustellen, um die existierenden humangenetischen Institute mit genetischen Beratungsstellen auszustatten, womit der Bedarf der Bundesrepublik Deutschland gedeckt werden könnte. Auch für Träger der Gesundheitserziehung und Öffentlichkeitsarbeit ist fürs erste gesorgt.

Bleibt als Hauptproblem die Organisation der präventiven Gemeindedienste. Auch hier ist der Bereich der Kinder-, Jugendlichen- und Familienprävention durch die Lebenshilfe einerseits und durch das Netz der unterschiedlichen Beratungsstellen der verschiedenen Träger andererseits gesichert; dies zumal, wenn die bisherigen Erziehungsberatungsstellen als integrierte Beratungsstellen ihre Funktionen erweitern und wenn eine Erziehungsberatungsstelle auf 50 000 Einwohner kommt und über sechs bis sieben Fachkräfte verfügt.

Unklar ist weiterhin jedoch die Organisation der präventiven Gemeindedienste für Erwachsene und Alte. Gegenüber den Mental Health Centers in den USA und den Dispensaires in den Ostblockstaaten gibt es viele Ansätze, aber kein Konzept, das sich uneingeschränkt zur Verallgemeinerung empfiehlt.

Dabei ist die Voraussetzung für die Organisation solcher Dienste fast überall gegeben: Die PsychKGs der Länder haben in der Regel den Gesundheitsämtern den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der Prävention übertragen. Darüber hinaus räumen die PsychKGs den Gesundheitsämtern die Möglichkeit ein, Teilaufgaben — eben auch der Prävention — an andere Träger zu delegieren.

Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzung gibt es folgende ausbaufähige Ansatzpunkte für die Organisation der Gemeinde-Prävention:

- der psychiatrische oder sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt selbst
- eine Sozialstation der Gemeinde (Caritas, Diakon.Werk, Arbeiterwohlfahrt)
- eine Erziehungsberatungsstelle (in Hannover wird eine integrierte Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Erwachsene erprobt)
- ein Gemeinde-Psychiatrisches Zentrum, das den präventiven und rehabilitativen Bedarf einer Gemeinde abdeckt (Hamburg, DGSP)
- Ein Gemeinde-Medizinisches Zentrum
- eine psychosoziale Kontaktstelle (Hamburg, München, DGSP)
- eine mobile Beratungsgruppe einer Kirchengemeinde (Oldenburg, Diakon.Werk)
- eine nervenärztliche oder psychotherapeutische Praxis (Sinsheim bei Heidelberg)
- eine Praxis eines praktischen Arztes (z. B. auf dem Lande)
- eine Gemeinschaftspraxis oder Praxisklinik in Kombination mit einer Sozialstation
- eine ausgelagerte Ambulanz eines Psychiatrischen Krankenhauses (Uelzen)

In jedem Fall ist zu fordern, pro Standardversorgungsgebiet eine „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft" (Enquete-Empfehlung) zu gründen: Damit wäre die Infrastruktur eines präventiven Gemeindedienstes bereits geschaffen, und man könnte sich schneller einigen, welcher der o. a. Wege den lokalen Gegebenheiten am ehesten entspricht.

Schließlich empfiehlt die Enquete die Bildung eines nationalen Komitees auf Bundesebene, das die noch offenen Fragen der Prävention in der Bundesrepublik Deutschland zu klären hätte. Das NK hat zu prüfen, wie weit es bereit und in der Lage ist, die Konstituierung eines solchen Gremiums zu fördern.

Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e. V.
— Fachgruppe Psychiatrische und Neurologische Krankenhäuser —
Psych. Landeskrankenhaus, 7102 Weinsberg

Stellungnahme zur Psychiatrie-Enquete

28. März 1978

Die Stellungnahme kann sich im wesentlichen nur auf organisatorische und finanzielle Dinge beschränken. Wie bei allen Besprechungen immer wieder zum Ausdruck kam, bereitet die Finanzierung geplanter Maßnahmen zur Zeit die größten Schwierigkeiten. Die Krankenhauspsychiatrie ist, bedingt durch das KHG (hier werden nur die Betten für Behandlungsfälle finanziert), grundsätzlich gezwungen, getrennte Pflegesätze für Behandlungsfälle und Pflegefälle zu erheben. Wenn verschiedene Kran-

kenhausträger zur Zeit noch Mischpflegesätze erheben, so ist es wahrscheinlich eine Frage der Zeit, bis alle Kostenträger darauf bestehen werden, nur den auf ihre Fälle entstehenden Aufwand zu bezahlen. Die Folge davon wird sein, daß die psychiatrischen Krankenhäuser eine Vollkostenstellenrechnung erstellen müssen, um auch den Aufwand für die Pflegefälle genau erfassen zu können und von den Kostenträgern (überwiegend Sozialhilfeträger) einen kostendeckenden Pflegesatz zu erhalten.

Die inhumanen Mißstände in der Psychiatrie sollten nun eigentlich überall beseitigt sein. Wenn dies in verschiedenen Einrichtungen noch nicht der Fall ist, müßte ein zu schaffendes Gremium mit den erforderlichen Zuständigkeiten ausgestattet werden, um den Krankenhausträgern entsprechende Auflagen machen zu können, wie dies bei Heimträgern in der Zwischenzeit möglich ist.

Eine andere, wohl bessere Möglichkeit wäre es, daß sich alle psychiatrischen Krankenhäuser einer freiwilligen Selbstkontrolle unterziehen, welche durch ein zu schaffendes Gremium erfolgen könnte, dem Fachleute aus den verschiedensten Bereichen angehören sollten.

Die größten Probleme ergeben sich jetzt dadurch, daß für die Patienten in der Psychiatrie zu wenig Personal zur Verfügung steht und dadurch zum Teil trostlose Bilder in besichtigten Stationen zu sehen sind. Durch den Personalmangel sind die Patienten oft unbetreut und unbeschäftigt und sitzen den ganzen Tag herum.

Dieser Nachholbedarf im Personalsektor ist überall bekannt und wird auch von den Kostenträgern anerkannt. Sie sind in der Regel bereit, zu den jährlichen allgemeinen Kostensteigerungen der Selbstkosten bei den psychiatrischen Krankenhäusern, eine zusätzliche Steigerungsrate für die Schaffung neuer Personalstellen anzuerkennen. Dies nicht zuletzt auch wohl deshalb, weil in der Vergangenheit durch mangelhafte Personalausstattung, welche zum Teil durch die Mitarbeit der Patienten ausgeglichen wurde, die Pflegesätze in den psychiatrischen Großkrankenhäusern im Vergleich zu Allgemeinkrankenhäusern oder den dort angeschlossenen psychiatrischen Fachabteilungen, einen dem Laien unverständlichen Tiefstand aufzeigen. Leider muß dazu aber auch festgestellt werden, daß dort, wo der Krankenhausträger auch gleichzeitig Kostenträger ist, zum Teil fiskalische Gesichtspunkte den Vorrang vor der optimalen Patientenbehandlung und -versorgung hatten. Hier gilt es ein besonderes Augenmerk zu haben und den politischen Gremien klarzumachen, daß der psychisch Kranke und psychisch Behinderte einen Rechtsanspruch auf optimale Behandlung und Versorgung hat.

Es zeigt sich, daß bei allen Bemühungen zur Erfüllung von Forderungen des Enquete-Berichts, zunächst immer die Frage gestellt wird, was die Maßnahme kostet und wer diese Kosten tragen soll. Dabei gehen die Meinungen darüber auseinander, ob die gesetzlichen Vorschriften und Möglichkeiten ausreichend sind, eventuell nicht voll ausgeschöpft werden oder ob weitere gesetzliche Regelungen erforderlich sind.

Es kann wohl gesagt werden, daß im stationären Bereich die gesetzlichen Regelungen ausreichen, wenn man davon ausgeht, daß der Halbierungserlaß in Kürze aufgehoben wird. Im halbstationären Bereich gibt es immer noch Schwierigkeiten mit den sogenannten „Nachtkliniken". Nach den bestehenden und wohl richtigen Regelungen kann eine Person nicht auf der einen Seite voll arbeitsfähig sein und gleichzeitig die Krankenkasse für einen „Krankenhausaufenthalt" bezahlen. Hier sollte der Beginn eines neuen Arbeitsverhältnisses innerhalb des stationären Aufenthalts erfolgen und erst ab dem Zeitpunkt, wo nicht mehr von einem mißglückten Arbeitsversuch gesprochen wird, der Patient aus dem Krankenhaus entlassen und in einem Übergangsheim oder Wohnheim aufgenommen werden. Ein solches könnte durchaus innerhalb eines psychiatrischen Großkrankenhauses, bzw. in seiner Trägerschaft, liegen. Die Problematik besteht nämlich für die Krankenkassen, in deren Bereich psychiatrische Großkrankenhäuser liegen, darin, daß bei einem Rückfall des Patienten nach dem Zeitpunkt des mißglückten Arbeitsversuches, ihre Leistungspflicht einsetzt und sie dadurch auf lange Sicht eine relativ hohe Zahl psychisch Kranker als Mitglieder erhält. Dieser Umstand wäre durch die Praktizierung der vorher genannten Maßnahme weitgehend ausgeschlossen, weil bis zum Zeitpunkt des Ablaufs der Frist für einen mißglückten Arbeitsversuch der bisherige Kostenträger (Krankenkasse) weiterhin verpflichtet wäre.

Es bleibt noch die Frage nach der Finanzierung der komplementären Dienste. Diese werden überwiegend von alleinstehenden Patienten in Anspruch genommen. Erfahrungsgemäß wechselt ein Großteil dieser Personen zwischen der Eigenschaft als Arbeitender und als Patient oft und unregelmäßig hin und her. Die vollstationäre oder die halbstationäre Aufnahme mit den hohen Kosten könnte zum Teil vermieden werden, wenn der Patient in ein Übergangsheim aufgenommen würde. Er müßte die Kosten dafür aus seinen Krankenbezügen aufbringen, weil die Krankenkassen diese Kosten (keine Krankenhausbehandlung) nicht übernehmen. Besteht für die Erkrankung keine Leistungspflicht einer Krankenkasse, keine Lohnfortzahlung oder reichen diese Leistungen für die Bezahlung der Kosten im Übergangsheim nicht aus, ist der Eintritt der Sozilahilfe gegeben.

Problematisch ist die Schaffung ausreichender ambulanter Dienste für die psychisch Kranken. Solange es nicht genügend Nervenfachärzte für diese Behandlung außerhalb der psychiatrischen Großkrankenhäuser gibt, sollten letztere in die ambulante Versorgung einbezogen werden. Die beste Regelung für alle Teile wäre der Abschluß von Institutsverträgen. Von einigen Krankenhausträgern werden diese im Augenblick noch abgelehnt, weil man lieber sieht, daß verschiedene Ärzte des Krankenhauses für die ambulante Versorgung eine Nebentätigkeitsgenehmigung erhalten, um damit ihre Stellung finanziell attraktiv zu gestalten. Die Praxis hat aber gezeigt, daß dies zu Unzuträglichkeiten innerhalb der Ärzte eines Krankenhauses führt, letztlich insbeson-

dere deshalb, weil die in die bestehenden „Pools" abzuführenden Nebeneinnahmen sich nur auf den stationären Bereich beziehen.

Daß die Aus-, Weiter- und Fortbildung besonders an der knappen Ausstattung mit Personalstellen scheitert, hat die Erfahrung der letzten Zeit gezeigt. Die dafür in Anspruch genommenen Mittel sind in den Häusern besonders hoch, in welchen alle Personalstellen besetzt waren und der Ausfall von Personal für Aus-, Weiter- und Fortbildung einigermaßen verkraftet werden konnte. In der Regel war bisher das Fehlen von Mitteln nicht der Grund für unzureichende Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Die Verwaltungsleiter der psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik sind bereit, sich mit ihrer ganzen Kraft und ihren Kenntnissen mit dafür einzusetzen, daß ein Großteil der im Enquete-Bericht geforderten Maßnahmen, bzw. Vorschläge, erfüllt werden können. Es muß aber auch gesagt werden, daß in der Vergangenheit viele gute Pläne und Vorschläge der Verwaltungsleiter nicht zum Tragen kommen konnten, weil die Leitungsstrukturen einzelner Krankenhäuser es nicht zuließen bzw. auch jetzt noch nicht zulassen, als richtig erkannte Maßnahmen gegen den Willen des „Direktors" durchzusetzen. Der bisher praktizierte und rechtlich abgesicherte Führungsstil in verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern, hat nicht nur den Verwaltungsleiter, sondern auch sonstige tüchtige Mitarbeiter resignieren lassen und oft weiteres Mitdenken und die Lust zur Verantwortung eingeschränkt.

Interparlamentarische Arbeitsgemeinschaft
— Kommission für Fragen der Gesundheitspolitik —
Adenauerallee 214, 5300 Bonn 1

Vorschläge für Initiativen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter auf Landesebene

Januar 1978

1. Integration in die Gesamtmedizin

Die psychiatrische Versorgung ist als Teil der Gesamtmedizin in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvor- und -fürsorge zu integrieren, wobei der psychisch Kranke und Behinderte anderen Kranken rechtlich grundsätzlich gleichzustellen ist.

1.1. Einweisungsgesetze

Novellierung der geltenden Unterbringungsgesetze, soweit nicht bereits in einigen Ländern geschehen bzw. in Vorbereitung. Alle kommenden Gesetze der Länder sollten hinsichtlich vorbeugender und nachgehender Hilfen verbessert werden, wie es z. B. ansatzweise im Gesetz über „Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten" in Nordrhein-Westfalen geschehen ist.

1.2. Postkontrolle

Soweit nicht bereits geschehen, sollten die Fragen der Postkontrolle gesetzlich geregelt werden.

1.3. Taschengeld

Der noch in einigen Bundesländern bestehende Unterschied des Taschengeldes bei körperlich und psychisch Kranken sollte abgeschafft und das Taschengeld unabhängig vom Anlaß der Unterbringung gewährt werden.

1.4. Patientenbezahlung

Sowohl in stationären als auch in nachsorgenden Einrichtungen ist schon von einer anzustrebenden gesetzlichen Mindestlohnregelung für institutionsbezogene und für nicht institutsbezogene Patientenarbeit eine angemessene Bezahlung zu sichern, die für die therapeutischen Zielsetzungen der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung unverzichtbar ist. Die bisherige Arbeitsbelohnung ist schrittweise durch ein echtes Arbeitsentgelt abzulösen.

1.5.

Forderung an die nach dem Rehabilitationsangleichungsgesetz zuständigen Versicherungsträger, ihre Mittel für die Schaffung und Finanzierung von Rehabilitationseinrichtungen gezielter als bisher für geistig und seelisch Behinderte einzusetzen.

1.6.

Einrichtung — im Rehabilitationsangleichungsgesetz vorgeschlagen — von zentralen Auskunftsstellen für seelisch und geistig Behinderte, an die sie sich, unbeschadet der im Rehabilitationsangleichungsgesetz verankerten unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Erbringung der Leistung wenden können.

1.7. Kostenübernahme bei Rehabilitationsfällen

Klärung der Kostenträgerschaft bei Rehabilitationsfällen im komplementären Bereich.

2. Personalbedarf und Ausbildung

2.1. Allgemein

2.1.1.

Prüfung von Maßnahmen zur Verbesserung der qualitativen und quantitativen Personalsituation in der Psychiatrie.

2.1.2.

Prüfung der Bildungsgänge hinsichtlich der Kriterien „psychosozialer Aspekt" und „Praxisnähe".

2.1.3.

Vermehrung der Arbeitsmöglichkeiten durch Stellenplanverbesserung für alle Berufsgruppen in der Psychiatrie.

2.1.4.

Intensivierung bzw. Initiierung bei den Trägern von Veranstaltungen mit seminarähnlichem Charakter an den psychiatrischen Einrichtungen oder im Verbund benachbarter Einrichtungen.

Sie sollen Basiskenntnisse psychologischer, sozialpsychologischer und soziologischer Art sowie soziotherapeutische Grundlagenkenntnisse vermitteln und die praktischen Anwendungsmöglichkeiten in Therapie und Rehabilitation aufzeigen. Es muß ein Austausch qualifizierter Fachkräfte zur Abhaltung von Unterrichts- und Fortbildungsveranstaltungen sowie Supervision therapeutischer Methoden ermöglicht werden. Zu sorgen ist auch für die Rotation der Mitarbeiter in teilstationäre Bereiche sowie Ambulanz und Außenfürsorge, die zur Erweiterung des Erfahrungshorizontes erforderlich ist.

2.1.5.

Beschleunigung der Erarbeitung von Ausbildungsrichtlinien für alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen.

2.1.6.

Schaffung regionaler Modelleinrichtungen, die in der Lage sind, praxisbegleitend Ausbildungsgänge anzubieten für diejenigen Berufsgruppen, die in Zukunft die arbeitstherapeutische Anleitung psychisch Kranker und geistig Behinderter übernehmen müssen.

Für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Berufsgruppen sind im einzelnen folgende Vorschläge zu machen:

2.2. Ärzte

2.2.1.

Schaffung von Arbeitsplätzen in psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern sowie in anderen Institutionen der stationären psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung für Medizinstudenten, auf denen diese ihren zweimonatigen Krankenpflegedienst (entsprechend den Bestimmungen der ÄAppO, § 6) ableisten können, auf Wunsch aber auch über diesen Zeitraum hinaus als Pflegekräfte beschäftigt werden können. Erfahrungen mit Ersatzdienstleistenden bestätigen die Zweckmäßigkeit dieser Empfehlung.

2.2.2.

Schaffung der institutionellen und personellen Voraussetzungen für die Ausbildung in Medizinischer Psychologie und in Medizinischer Soziologie an allen Medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereichen, so daß die Ausbildung der Medizinstudenten im vollen Umfang im Sinne der Bestimmungen der ÄAppO erfolgen kann.

2.2.3.

Einrichtung von „patientennahen" Unterrichtsräumen in den der Ausbildung dienenden Versorgungseinrichtungen für den Gruppenunterricht in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

2.2.4.

Treffen von Vereinbarungen zwischen Kultus- und Gesundheitsverwaltungen, daß jede psychiatrische Universitätsklinik mit mindestens einem psychiatrischen Krankenhaus im Rahmen der Ausbildung der Medizinstudenten zusammen arbeitet.

2.2.5.

Das Angebot an Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte muß verstärkt und regional unter Einbeziehung der lokalen phsychiatrischen Institutionen angeboten werden. Dabei sollte überlegt werden, ob für die niedergelassenen Ärzte über die Ärztekammern eine Kostenbeteiligung bzw. Übernahme der Ausfallkosten erfolgen kann.

2.3. Krankenpflegeberufe

2.3.1.

Sicherung des Status der Krankenpflegeschüler, Regelung ihres Einsatzes in praktischer Tätigkeit, ausreichende theoretische Ausbildung sowie systematische Anleitung bei ihrer praktischen Tätigkeit.

2.3.2.

Einführung des Faches Psychiatrie als Hauptfach in Theorie und Praxis im Rahmen der Ausbildung des Krankenpflegepersonals.

2.3.3.

Schaffung von Weiterbildungsmöglichkeiten

a) in der Krankenpflege zum Fachkrankenpfleger bzw. zur Fachkrankenschwester in der Psychiatrie,

b) zum Sozialarbeiter als Fachkraft in der Psychiatrie und ihre staatliche Anerkennung.

2.3.4.

Ausbau der Fortbildung für das gesamte Krankenpflegepersonal.

2.3.5.

Entwicklung von Fortbildungsgängen für die z. Z. noch große Zahl von nicht ausgebildeten Mitarbeitern (Krankenhauspflegehilfspersonal).

3. Trennung der Versorgung von psychisch Kranken und geistig Behinderten

Die Träger psychiatrischer Krankenhäuser sollten angehalten werden, die Trennung der Versorgung psychisch Kranker von der Versorgung geistig Behinderter durchzuführen.

4. Größe und Struktur psychiatrischer Krankenhäuser

4.1.

Soweit noch nicht geschehen, ist die Auflockerung, Differenzierung und Verringerung der Bettenzahl in den psychiatrischen Großkrankenhäusern unbedingt voranzutreiben.

4.2.

Bei den Trägern der psychiatrischen Großkrankenhäuser ist vor allem auf die Reduzierung der Bettenzahl auf 500 bis 600 hinzuwirken.

4.3. Strukturierung der Großkrankenhäuser

Es empfiehlt sich, die jetzige Arbeit in den psychiatrischen Krankenhäusern je nach den lokalen Verhältnissen in Behandlungsbereiche aufzugliedern. Die Notwendigkeit des Aufbaus von Sondereinrichtungen außerhalb der PKH's für bestimmte Patientengruppen bleibt von diesen Vorschlägen unberührt. Zu solchen Behandlungsbereichen gehören beispielsweise ein Bereich zur intensiven somatischen Behandlung, ein Bereich für psychiatrische Akutbehandlung, ein großer sozialtherapeutisch-rehabilitativer Funktionsbereich, ein psychotherapeutischer Funktionsbereich. Ferner sind hierzu Spezialbereiche zu zählen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Geriatrie, Suchtkranke und psychisch kranke Rechtsbrecher.

4.4. Universitätskliniken

Unter Berücksichtigung ihrer Bettenkapazität sollten alle hierzu geeigneten Universitätskliniken in die Versorgungssstruktur eines Standardversorgungsgebietes einbezogen werden. Auch wenn ein Teil ihrer Betten aus Forschungsgründen hierbei ausgeklammert wird, könnten solche Kliniken dennoch ein kleines Standardversorgungsgebiet versorgen. Durch zumindest partiellen Wegfall von Patientenselektionen wäre damit die zu fordernde größere Realitätsnähe von Forschung und Lehre besser gewährleistet.

5. Spezielle Patientengruppen

Generell sind auf Landesebene vordringlich zu fördern der Aufbau:

der Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher,

der Versorgung von Suchtkranken, insbesondere von Alkoholkranken.

6. Prävention

6.1.

Einrichtung genetischer Beratungsstellen für potentielle Eltern aus belasteten Familien.

6.2.

Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern mit Erfassung des gesamten, nicht nur des körperlichen Entwicklungsstandes.

6.3.

Nachuntersuchung aller risikobelasteten Kinder und aller Kinder, die bei Vorsorgeuntersuchungen aufgefallen sind.

6.4.

Förderung der Betreuung von besonders gefährdeten Kindern.

6.5.

Psychische Betreuung von Kindern in Krankenhäusern und Heimen, namentlich bei langem Aufenthalt; psychische Vorbereitung auf belastende Eingriffe und Untersuchungen; personenbezogene Pflege und ausgedehntes Besuchsrecht der Eltern in den Krankenhäusern.

6.6.

Institutionsberatung von Einrichtungen, die Kinder im Vorschulalter betreuen.

6.7.

Beratungsangebot für Kindergärtnerinnen, die mit Verhaltensproblemen der Kinder konfrontiert sind.

6.8.

Angebote in Aus-, Weiter- und Fortbildung für die Berufsgruppen, die mit Kindern umzugehen haben, um eigene Einstellungs- und Interaktionsprobleme zu lösen.

7. Ambulante Dienste

7.1.

Förderung des Ausbaus von Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

7.2.

Förderung der Niederlassung von Nervenärzten in sogenannten „weißen" Gebieten (siehe nächste Seite) durch die Ärztekammern.

7.3.

Schaffung der Voraussetzungen für eine aktive Behandlung und Betreuung durch Ärzte und nichtärztliche Mitarbeiter in Form mobiler Arbeit („mobile Teams"), die direkt am Ort der Krisen selbst (Wohnung, Arbeitsplatz) eingreifen und helfen können.

Abbildung 1

Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte nach Kreisen und kreisfreien Städten

Land	Anzahl der Kreise und kreisfreien Städte	mit niedergelassenen Nervenärzten in v. H.	ohne niedergelassene Nervenärzte in v. H.
Schleswig-Holstein	16	81,2	18,8
Niedersachsen	65	52,3	47,7
Nordrhein-Westfalen	82	80,5	19,5
Hessen	41	51,2	48,8
Rheinland-Pfalz	37	59,5	40,5
Baden-Württemberg	44	90,9	9,1
Bayern	96	49,0	51,0
Saarland	8	75,0	25,0
Bundesrepublik ohne Stadtstaaten	389	64,0	36,0

8. Gemeindenahe Versorgung

Die gemeindenahen Dienste für einen abgegrenzten Versorgungsbereich (Standardversorgungsgebiet) müssen aus- bzw. aufgebaut werden.

8.1. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist unter den in der Psychiatrie-Enquete genannten Prioritäten dringend voranzutreiben. Bevorzugt ist mit der Schaffung solcher Einrichtungen an Krankenhäusern der Haupt- und Schwerpunktversorgung zu beginnen.

Die Länder sollten das Krankenhausfinanzierungsgesetz verbindlich so handhaben, daß verpflichtend festgelegt wird, daß alle Krankenhäuser über 600 Betten ausreichend dimensionierte psychiatrische Abteilungen errichten müssen. Von dieser Bestimmung dürfte nur abgegangen werden, wenn im Standardversorgungsgebiet der psychiatrische Bettenbedarf anderweitig gedeckt ist.

8.2. Neuordnung der Einzugsgebiete

Eine so schnell wie möglich in Angriff zu nehmende Korrektur der Einzugsgebiete psychiatrischer Krankenhäuser hat zu berücksichtigen, daß jeder psychiatrischen Behandlungsinstitution ein definiertes und auf die jeweilige Kapazität abgestimmtes Einzugsgebiet zuzuordnen ist, daß die psychiatrischen Krankenhäuser gemeinnütziger Träger derzeit in der Regel aber nicht für ein solches Einzugsgebiet zuständig sind.

Richtschnur für Neugliederungen muß sein, die Entfernungen zwischen den Lebensbereichen der Patienten und dem für sie zuständigen Krankenhaus möglichst gering zu halten und deshalb sich bereits abzeichnende Möglichkeiten für die Abgrenzung von Standardversorgungsgebieten im Auge zu haben. Auch Universitätskliniken sollten, wo dies von der Kapazität her möglich ist, zumindest Aufnahmeverpflichtungen für einen definierten Bezirk übernehmen.

9. Komplementäre Dienste

9.1.

Aus- und Aufbau von komplementären Diensten für nicht krankenhausbedürftige psychisch Kranke und Behinderte.

9.2.

Aufstellung von Programmen, die die Planung und Finanzierung der vielgestaltigen komplementären Dienste regeln.

9.3.

Prüfung der Einrichtungen für nicht krankenhausbedürftige Personen nach folgenden Kriterien: ausreichende Rehabilitationsmaßnahmen, soziale Betreuung und psychiatrischer Konsiliardienst.

10. Koordinierung und Planung

10.1.

Einrichtung von psychosozialen Arbeitsgemeinschaften auf der Ebene der Kreise bzw. kreisfreien Städte.

10.2.

Einrichtung von psychosozialen Ausschüssen für besondere Planungsaufgaben in den Standardversorgungsgebieten bei den Räten der Kreise und kreisfreien Städte.

10.3.

Einrichtung von Referaten für psychosoziale Versorgung auf Länderebene sowie von Beiräten für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter.

11. Öffentlichkeitsarbeit

Die Orientierung über die beabsichtigten psychiatrischen Reformen und der Abbau von Unwissenheit und Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und geistig Behinderten in der Bevölkerung erfordern eine intensive Öffentlichkeitsarbeit.

11.1.

Information über psychiatrische Aktivitäten durch die regionalen Koordinationsgremien.

11.2.

Öffnung aller psychiatrischen Institutionen gegenüber allen berichtenden Medien (Zeitung, Rundfunk, Fernsehen).

11.3.

Entwicklung von Informationsschriften für alle Landesteile, aus denen Patienten, deren Angehörige, Arbeitskollegen, Arbeitgeber und Freunde entnehmen können, welche Hilfsangebote in ihrer Region existieren.

11.4.

Unterstützung der Verbände, die durch eine differenzierte Informationsarbeit für die Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter eintreten.

11.5. Freiwillige Mitarbeiter

Für die Mithilfe bei der sozialen Wiedereingliederung sind freiwillige Mitarbeiter zu gewinnen. Für die Durchführung solcher Laienaktivitäten ist besonders an bestehende Verbände (z. B. Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Hausfrauenverbände, Studentengemeinden, Asta etc.) zu appellieren. Über die Initiierung solcher Aktivitäten hinaus müßten auch die psychiatrischen Institutionen sinnvolle Einsatzmöglichkeiten für die freiwilligen Mitarbeiter anbieten und Kurzausbildungsprogramme entwerfen. Die Gründung von Laienhelferverbänden ist zu fördern.

Begründung

Zu 1.

Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge der Industrienationen stehen vor wachsenden Bedürfnissen der gesamten Medizin, insbesondere des allgemeinen Krankenhauses nach mehr und besserer psychiatrischer Diagnostik, Behandlung und Betreuung. Gleichzeitig wächst die Kenntnis um die Bedeutung körperlicher Faktoren und die begleitende Anwendung medizinischer Behandlungsmethoden bei einem großen Teil psychisch Kranker.

Das psychiatrische Krankenhauswesen der Bundesrepublik ist jedoch gegenwärtig dadurch gekennzeichnet, daß es sich weitgehend neben dem allgemeinen Krankenhauswesen entwickelt hat. In den Krankenhäusern der Grund-, Regel- und Schwerpunktversorgung steht nur eine minimale völlig unzureichende Anzahl psychiatrischer Krankenhausbetten zur Verfügung. Die überwiegende Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten ist in Fach- und Sonderkrankenhäusern untergebracht, die über keine direkte Verbindung zu Krankenhausabteilungen anderer medizinischer Fächer verfügen.

Die historisch gewachsene Sonderstellung entspricht nicht mehr den Möglichkeiten und Erfordernissen der modernen Psychiatrie. Sie steht vor allem der wachsenden interdisziplinären Verzahnung mit den übrigen Fächern der modernen Medizin und dem Anschluß des psychiatrischen Gesundheitswesens an den allgemeinen medizinischen Standard im Wege.

Die Sachverständigen-Kommission vertritt daher nachhaltig die Auffassung, daß die psychiatrische Krankenhausversorgung grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin ist. Hierbei sind die besonderen Beziehungen der Psychiatrie zur Neurologie in Rechnung zu stellen. Demgemäß muß das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden. Dem psychisch Kranken muß prinzipiell mit den gleichen Rechten und auf dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden. Dieser Prozeß einer Eingliederung der Psychiatrie in die Gesamt-Medizin, die sich naturgemäß nur stufenweise vollziehen läßt, bildet eine unabdingbare Voraussetzung für die notwendige Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, aber auch für eine den modernen Erkenntnissen entsprechende körpermedizinische Versorgung der im psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Patienten. Die notwendige Verbindung der Psychiatrie zur allgemeinen Medizin darf sich nicht auf das psychiatrische Fachkrankenhaus beschränken. Auch für das Akutkrankenhaus, den niedergelassenen Facharzt und nicht zuletzt für den Arzt für Allgemeinmedizin sind entsprechende Folgerungen zu ziehen.

Zu 1.4.

Durch die Beschäftigung psychisch Kranker sowie seelisch und geistig Behinderter während ihrer stationären oder teilstationären Behandlung, insbesondere in den verschiedenen Varianten der Arbeitstherapie (Übungsarbeiten, Gruppen- oder Einzelarbeit, Beschäftigung im Rahmen medizinischer Rehabilitationsprogramme innerhalb oder außerhalb der Anstalt) wird ein Arbeitsverhältnis nicht begründet. Dies bedeutet, daß solche Behinderte von den Rechtspositionen weiterhin ausgeschlossen sind, die das Arbeitsrecht für diejenigen entwickelt hat, die Arbeit in Abhängigkeit leisten.

Die von den Einrichtungen (unabhängig von der Gewährung des Taschengeldes durch den Sozialhilfeträger) gewährten Arbeitsbelohnungen pflegen von ihnen nach Tätigkeitsmerkmalen (mitunter bis zu 20 verschiedene Tätigkeitsgruppen) abgestuft zu werden. Sie sind selbst bei den öffentlichen Einrichtungen in demselben Bundesland nicht einheitlich festgelegt und bewegen sich im allgemeinen zwischen 10 und 40 DM monatlich bei einer täglichen Arbeitsleistung von sechs bis sieben Stunden an fünf Wochentagen. Die Staffelung richtet sich nach der Art der Tätigkeit, der Einsatzfreudigkeit und — soweit dem Leistungsprinzip keine therapeutischen Bedenken entgegenstehen — nach der Leistung. In einzelnen Anstalten trifft der zuständige Arzt nicht nur die Entscheidung über Art und Ausmaß der Arbeitstherapie, sondern auch darüber, ob und in welcher Höhe eine Arbeitsbelohnung an den einzelnen Patienten gezahlt wird. Mitunter ist auch vorgesehen, daß Patienten, die mit Geld nicht sinnvoll umgehen können, die Arbeitsbelohnung in Form von Sachzuwendungen erhalten. Schriftliche Abmachungen zwischen Einrichtung und Patient über die zu gewährende Arbeitsbelohnung werden in wenigen Anstalten getroffen.

Die „Arbeitsbelohnung" will nicht als „Gegenleistung" verstanden werden; sie entspricht in aller Regel auch nicht der auf dem Arbeitsmarkt „üblichen Vergütung" (§ 612 Abs. 2 BGB) für derartige Arbeitsleistungen. So gesehen stellt sich das System der Arbeitsbelohnung als ein verdecktes System der Kostenbeteiligung dar: Indem die Patienten für die (ihnen möglichen und ihrer Therapie dienenden) Arbeitsleistungen eine erhebliche unter deren Marktwert liegende „Arbeitsbelohnung" erhalten, tragen sie zugleich dazu bei, die Gesamtkosten der Anstalt und damit auch deren Pflegesätze entsprechend zu entlasten. Von hier aus ließe sich dieses System, soweit es um Selbstzahler und Sozialhilfepatienten geht, rechtfertigen, und zwar für letztere aus dem in § 2 Abs. 1 BSHG statuierten Nachrang der Sozialhilfe von der möglichen Selbsthilfe; nicht jedoch für Sozialversicherungspatienten, für die das geltende Recht eine solche Kostenbeteiligung nicht vorsieht. Kaum zu vereinbaren aber ist dieses System mit dem sozialethischen Prinzip, Arbeitsleistungen angemessen zu entlohnen, wie auch mit den Grundrechten auf Wahrung der Menschenwürde und auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, deren Effizienz freilich dort ihre Grenze hat, wo der einzelne wegen seiner geistigen oder seelischen Behinderung nicht im Stande ist, diese Freiheitsräume auszufüllen.

Zu 1.7.

Die meisten Rehabilitationspatienten erzielen während ihres Aufenthaltes im Übergangsheim keinen hohen Verdienst und können den Pflegesatz nicht voll tragen. Der überörtliche Sozialhilfeträger verweist, vor allem nach den neuen Regelungen des Rehabilitationsanpassungsgesetzes, auf die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese aber können nicht eintreten, weil es sich bei dem Übergangsheim um keine krankenhausähnliche Einrichtung handelt. Die Folge davon ist, daß für Rehabilitanden, für die das Übergangsheim besser geeignet wäre, der Krankenhausaufenthalt verlängert wird und beträchtliche Kosten durch die höheren Pflegesätze anfallen.

Zu 2.1.1.

Eine Verbesserung der Versorgungslage wird nicht allein durch organisatorische Maßnahmen sowie Bereitstellung von Investitions- und Betriebsmittel zu bewirken sein. Entscheidend ist, daß die, welche die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu leisten haben, in ausreichender Zahl vorhanden und derart aus-, weiter- und fortgebildet sind, daß sie ihre Aufgabe optimal erfüllen können.

Zu 2.2.5.

In der überwiegenden Zahl aller Institutionen zur stationären Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten wird es in Zukunft nicht mehr möglich sein, Famuli als künftigen Nachwuchs zu motivieren; Medizinalassistenten, die entsprechend motiviert werden können, wird es nicht mehr geben und an der Durchführung der viermonatigen praktischen Ausbildung der Medizinstudenten im sechsten Ausbildungsjahr ist — nach den bisher getroffenen Regelungen — die Mehrzahl der Institutionen für die Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten nicht beteiligt. Dem Medizinstudenten sind also durch die ÄAppO die relativ leicht zugänglichen „experimentierenden Erfahrungsphasen" in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vor dem Beginn der Weiterbildung weitgehend versperrt worden.

Die Entwicklung psychologischen Denkens, die Fähigkeit, psychosoziale und psychosomatische Zusammenhänge wahrzunehmen, das Erlernen der Gesprächsführung mit Patienten, die Fähigkeit, sich selbst in der Beziehung zum Patienten zu reflektieren und zu interpretieren, liegen auf einer anderen Ebene als der Erwerb praktischen Sachwissens. Über faktisches Sachwissen kann die neu eingeführte schriftliche Prüfung Aufschluß geben — über die ebenso wichtigen anderen Fähigkeiten jedoch nicht. Die Überbewertung schriftlicher Prüfungen kann dazu führen, daß der Erwerb von Einstellungen, die die Persönlichkeit des Studierenden betreffen, vernachlässigt wird. Der Erwerb dieser Einstellungen

und Fähigkeiten muß während der Ausbildung selbst in den Kursen und Praktika im Gruppenunterricht erfolgen und ebenso bewertet werden wie der Erwerb faktischen Sachwissens, über den die schriftlichen Prüfungen Aufschluß geben sollen.

Zu 2.3.2.

Es ist zu erwarten, daß eine Verwirklichung dieser Forderung einen großen Teil des sich in Ausbildung befindlichen Krankenpflegepersonals zu einer Tätigkeit in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter motiviert.

Zu 2.3.4.

Gerade beim Krankenpflegepersonal, daß in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätig ist, ist fortlaufende Fortbildung (unter Einschluß praktischer Selbsterfahrung) unbedingt notwendig. Nur der Ausbau der — teilweise auch überregional zu organisierenden — Fortbildung eröffnet die Möglichkeit, die bestehenden Niveau-Unterschiede hinsichtlich der Kompetenz in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter bei den verschiedenen Krankenpflegeberufen wenigstens in gewissem Umfang auszugleichen.

Zu 2.3.5.

In modernen Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muß das Krankenpflegepersonal neue und differenzierte Aufgaben übernehmen können. Im Hinblick auf dieses Ziel sind in den letzten Jahren an einigen Ausbildungsstätten in der Bundesrepublik Deutschland Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge für Krankenpflegepersonal erprobt worden, die zu größerer Kompetenz im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker führen. Außerdem sind verschiedene Vorschläge (z. B. von der Deutschen Krankenhausgesellschaft [DKG]) gemacht worden, um Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge für Krankenpflegepersonal so vorzubereiten und zu entwickeln, daß sie ohne Bruch in die zu erwartende Neuregelung des Krankenpflegegesetzes übergeleitet werden können. Die Länder haben eine „Rahmenordnung für die Weiterbildung in den verschiedenen Einrichtungen der Krankenpflege" ausgearbeitet.

Zu 3.

In den 130 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Träger waren am Stichtag der Haupterhebung 17 426 geistig Behinderte (Schwachsinnige) untergebracht. Das sind 18,5 % der Gesamtzahl hospitalisierter Kranker zu diesem Zeitpunkt.

Verteilt auf die einzelnen Länder ergeben sich folgende prozentuale Anteile geistig Behinderter an der Gesamtzahl der in den jeweiligen psychiatrischen Krankenhäusern am Stichtag untergebrachten Patienten:

Nordrhein-Westfalen	25,1 % geistig Behinderte
Hessen	21,3 % geistig Behinderte
Schleswig-Holstein	21,2 % geistig Behinderte
Saarland	20,5 % geistig Behinderte
Rheinland-Pfalz	17,3 % geistig Behinderte
Niedersachsen	17,0 % geistig Behinderte
Bremen	13,5 % geistig Behinderte
Bayern	13,0 % geistig Behinderte
Berlin (West)	11,9 % geistig Behinderte
Baden-Württemberg	9,6 % geistig Behinderte
Hamburg	5,4 % geistig Behinderte

Sieht man von einer Minderzahl eindeutig krankenhausbedürftiger geistig Behinderter ab, so ist das psychiatrische Krankenhaus für die Behandlung und Betreuung dieser Personengruppe prinzipiell nicht geeignet. Geistig Behinderte bedürfen in erster Linie einer heilpädagogisch-soziotherapeutischen Betreuung, die ihnen in der Regel in hierfür geeigneten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses angeboten werden sollte. Der Psychiater, dem keine heilpädagogische Ausbildung zuteil geworden ist, soll im Betreuungsbereich für erwachsene geistig Behinderte lediglich konsiliarische Aufgaben wahrnehmen.

Der Auf- und Ausbau eines eigenständigen Versorgungssystems für erwachsene geistig Behinderte verfolgt das Ziel, die Betroffenen, deren Vernachlässigung nicht länger hingenommen werden kann, einer ihnen gemäßen Betreuung mit hierzu qualifiziertem Personal zuzuleiten. Die damit verbundene Reduktion der Kapazität vieler psychiatrischer Krankenhäuser liegt auf der Linie anzustrebender Reformen.

Zu 4.2.

Die übermäßige Größe der bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser behindert schon von sich aus ihre Funktionsfähigkeit als Krankenhaus und als Glied einer weit in die Gemeinde reichenden Rehabilitationskette. Die Kapazität der psychiatrischen Krankenhäuser wird heute noch durch die Einwohnerzahl überdimensionierter Einzugsgebiete diktiert. Aus Untersuchungen ist bekannt, daß die Verweildauer bei vergleichbaren Patientengruppen mit der Größe der Einrichtung und der Entfernung zum Wohnort korreliert. Je größer eine Einrichtung ist und je isolierter sie liegt, um so eher zeigt sich ein Trend zu erhöhter Verweildauer. Je länger sich andererseits der Aufenthalt hinzieht, um so geringer wird die Chance der Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Hieraus ergibt sich, daß große psychiatrische Krankenhäuser, welche zudem organisatorisch schwer zu durchdringen sind, einen therapeutisch-rehabilitativ ganz unzureichenden Wirkungsgrad aufweisen und an den Problemen ihrer unförmigen Struktur gleichsam selbst ersticken. Eine Begrenzung der Bettenkapazität von psychiatrischen

Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist daher unabdingbar.

Zu 5.

Ein irgendwie geordnetes und koordiniertes System von Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher ist nur in (schwachen) Ansätzen erkennbar. Dabei kommt der Versorgung dieser Altersgruppe wegen der Möglichkeiten präventiver Früherfassung, Früherkennung und Frühbehandlung besondere Bedeutung zu. Zudem zwingt das starke Angewiesensein gewisser komplementärer Dienste, der Behindertenversorgung, der Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Familien, der schulpsychologischen Dienste und sonderpädagogischen Institutionen auf kinder- und jugendpsychiatrische sowie psychagogische (kinder- und jugendlichenpyschotherapeutische) Hilfen zu einer energischen Weiterentwicklung dieses Gebietes. Der erhebliche Mangel an Weiterbildungsstätter verzögert überdies ein — dem Bedarf entsprechendes — Nachwachsen von Fachkräften.

Zu 6.

Auf Grund der großen Bedeutung der ersten Lebensjahre für die spätere Entwicklung sollte der Prävention im Kindes- und Jugendalter besonderes Gewicht beigemessen werden, um psychische Störungen und Erkrankungen zu verhindern, früh zu erfassen und zu behandeln, oder chronische Auswirkungen zu vermeiden. Maßnahmen der Prävention müssen im Vorfeld psychischer Krankheiten ansetzen.

Dies gilt im besonderem Maße bei Belastungs- und Krisensituationen, wie z. B. bei schwerer Krankheit, langem Krankenhausaufenthalt, Tod der Eltern, Scheidung, Entwurzelung oder ökonomischer Notlage. Sie sollten vor allem von jenen Personen erkannt werden, die beruflich im täglichen Kontakt mit Kindern und deren Familien stehen, also dem Kinderarzt, Kindergärtner, Lehrer und Sozialarbeiter. Gezielte vorbeugende Maßnahmen sind daher in enger Zusammenarbeit mit kinderpsychologischen Diensten zu planen; ihr systematischer Ausbau ist die eine Hauptforderung der Prävention.

Zu 7.

Die Lücken in der nervenärztlichen Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Ärzte, die Unterschiede in der Klientel von Krankenhäusern und niergelassenen Ärzten, insbesondere aber ersichtliche Mängel in der Nachsorge entlassener Krankenhauspatienten, lassen die Einrichtung und den Ausbau von ambulanten Diensten an pyschiatrischen Krankenhäusern und anderen Institutionen wünschenswert erscheinen. Das läßt sich u. a. aus Untersuchungen von *Dilling* in Oberbayern und von *Bosch, Leipert* und *Pietzcker* in Berlin und Baden-Württemberg ableiten.

Die bestehenden Varianten ambulanter Dienste als Einrichtungen, welche das Krankenhaus ergänzen, verfolgen insgesamt durch eine möglichst sachgerechte Sicherstellung des Prinzips der Kontinuität der Behandlungen das Ziel, die gemeindenahe psychiatrische Versorgung eines Versorgungsgebietes zu optimieren. Sie sollen entscheidend daran mitwirken, die Hospitalisierungsquote zu senken und die Verweildauer abzukürzen. Der stationäre Dienst soll zukünftig nur für jene Patientengruppen verfügbar sein, die dieser speziellen, aufwendigen und teuren Behandlungsart eindeutig bedürfen.

Zu 8.1.

Die Forderung, psychiatrische sowie psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen angemessener Größe an allgemeinen Krankenhäusern, wo immer dies möglich ist, zu errichten, entspricht dem generellen Ziel, die Versorgung psychisch Kranker in den Bereich der allgemeinen medizinischen Versorgung zu integrieren, und damit gleichzeitig zu dezentralisieren und gemeindenäher orientieren zu können. Wenn das nicht sichergestellt ist, besteht die Gefahr der Selektion zuungunsten von chronisch Kranken und Behinderten und Alterskranken. Deshalb legt die Kommission eine bestimmte Richtgröße von 200 Betten für solche Abteilungen zugrunde, in der Plätze für Teilhospitalisierung (z. B. Tagesbehandlung) enthalten sein können. Ist die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus nicht in der Lage, diese Forderungen allein nachzukommen, bietet sich die Kooperation mit einem psychiatrischen Krankenhaus mit sinnvoller Teilung der Aufgaben im Versorgungsgebiet an (Satellitenmodell). Neue psychiatrische Krankenhäuser sollten nur dann errichtet werden, wenn die Verwirklichung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern nicht möglich ist. Sie sollten in der Größenordnung auf keinen Fall 500 bis 600 Betten überschreiten.

Zu 8.2.

— Aufrechterhaltung der Kontakte zu Familie, Freundeskreis, Arbeitsfeld, Positiver Einfluß auf Rehabilitation

— Erreichbarkeit innerhalb ca. 1 Stunde Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder 25 km Entfernung

— kooperative und konsiliarische Verknüpfung der Einrichtungen, Orientierung der Zusammenarbeit im persönlichen Kontakt an der vorgegebenen Struktur eines Gemeindebezirks (Großstadt), einer oder mehrer Gemeinden

— offene Psychiatrie, die ihre diagnostisch-therapeutischen und beratend-betreuenden Dienste offen anbietet

— Überschaubarkeit, räumliche Beziehung zur Gemeinde mit begrenzter Bevölkerungszahl

Zu 9.

Neben einem quantitativen und qualitativen Mangel komplementärer Dienste ist ein hoher Anteil

der zur Zeit in den bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern untergebrachten Kranken und Behinderten nicht krankenhausbedürftig. Ein System stationärer Versorgung psychisch Kranker kann aber auch unter dem Gesichtspunkt rationellen Mitteleinsatzes auf Dauer nur dann bedarfsgerecht gestaltet werden, wenn nicht krankenhausbedürftige Kranken- bzw. Behindertengruppen aus den psychiatrischen Krankenhäusern in — ihren Bedürfnissen angemessene — Behandlungs- und Betreuungsformen, d. h. in den Bereich der komplementären Dienste übergeführt werden.

Der dringend notwendige bedarfgerechte Aus- und Aufbau der komplementären Dienste führt zu einer allseitigen Verbesserung der Rehabilitationschancen und der Versorgungslage für alle betroffenen Personengruppen, insbesondere für

— psychisch kranke alte Menschen,

— chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte,

— Schwerst- und Mehrfachbehinderte.

Darüber hinaus kommt es dadurch zu der erwünschten Verkleinerung der bisherigen großen psychiatrischen Krankenhäuser. Dies geschieht einerseits dadurch, daß nicht krankenhausbedürftige Behinderte aus den Krankenhäusern in entsprechend geeigneten Heimen aufgenommen werden, andererseits dadurch, daß ein ausgebautes Netz komplementärer Dienste die primäre Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten übernimmt, die sonst in Ermangelung entsprechender Angebote dem psychiatrischen Krankenhaus zugewiesen worden wären.

Zu 10.1.

Stärker als andere medizinische Fächer ist die Psychiatrie mit nichtmedizinischen, sozialen, rehabilitativen und Beratungsdiensten verflochten. Zur Sicherstellung der Koordination und Koorperation, zur Vermeidung von Doppelbetreuungen und zur Entwicklung des Versorgungssystems sind deshalb auf regionaler und überregionaler Ebene Koordination und Planung erforderlich. Diese sollen im Standardversorgungsgebiet durch psychosoziale Arbeitsgemeinschaften sichergestellt werden, die „in Form einer Selbsthilfeorganisation, an der sämtliche psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychologischen Beratungs- und Behandlungsdienste eines Standardversorgungsgebietes beteiligt sind" wirksam werden.

Zu 10.2.

In ihnen müssen die Dienste, gegebenenfalls auch Betroffene, die Träger der Einrichtungen, die Leistungsträger kommunale Verwaltung und kommunale Vertreter sein. Auf diese Weise soll die Flexibilität der Planung gewährleistet werden. Diese Ausschüsse sollten als beratende Gremien in die kommunale Selbstverwaltung eingefügt werden.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Haedenkampstr. 5, 5000 Köln 41

Stellungnahme zur Planungsstudie

25. Januar 1978

Bei der Übersendung der Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland stellten Sie anheim, sich zu diesem Bericht bzw. zu der Planungsstudie der Heinle, Wischer und Partner Planungs GmbH zu äußern.

Soweit es meine Auffassung zu dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland betrifft, darf ich auf das von mir abgegebene Sondervotum (Drucksache 7/4200 S. 424 f.) sowie auf das von mir mitunterzeichnete Sondervotum (Drucksache 7/4200 S. 418 f.) verweisen.

Die folgende Stellungnahme beschränkt sich daher auf die Planungsstudie, die von der Heinle, Wischer und Partner Planungs-GmbH erstellt worden ist.

Insoweit muß ich zunächst mein Befremden darüber zum Ausdruck bringen, daß die „Ehemalige Sachverständigen-Kommission", deren Mitglied ich war, ohne mein Wissen und ohne meine Mitwirkung ihrerseits eine Stellungnahme abgegeben hat, die den Abschluß dieser Studie begrüßt und die darin enthaltenen Ergebnisse positiv bewertet. Die Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung eines Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ist mit Schreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 26. November 1975 offiziell aufgelöst worden und damit nicht mehr existent. Eine irgendwie geartete Stellungnahme dieser nicht mehr bestehenden Sachverständigen-Kommission zu einer nach Abschluß des Berichts durchgeführten Planungsstudie ist daher rechtlich nicht möglich. Zulässig wäre allenfalls eine persönliche Äußerung der ehemaligen *Mitglieder* dieser Sachverständigen-Kommission zu den Ergebnissen der Planungsstudie. Nur ein solches Vorgehen würde auch der Tatsache Rechnung tragen, daß die zur Verfügung gestellte Stellungnahme der „Ehemaligen Sachverständigen-Kommission" offensichtlich nur von einigen Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission erarbeitet wurde

und nicht durch eine Beschlußfassung aller ehemaligen Mitglieder der Sachverständigen-Kommission zustande gekommen ist.

Ich wende mich daher entschieden dagegen, daß die formell aufgelöste Sachverständigen-Kommission als „Ehemalige Sachverständigen-Kommission" eine Stellungnahme abgibt, die zudem nicht mit allen ehemaligen Mitgliedern der Sachverständigen-Kommission erörtert und beschlossen worden ist.

Zur Planungsstudie selbst nehme ich wie folgt Stellung:

1. Die Planungsstudie befaßt sich dem Auftrag entsprechend mit den Zielvorstellungen des Berichts der Sachverständigen-Kommission. Die Grundforderung des Berichts nach Beseitigung grober inhumaner Mißstände in den bestehenden Einrichtungen war nicht Gegenstand des Planungsauftrags. Dies haben die Mitglieder der Ehemaligen Sachverständigen-Kommission, welche die Stellungnahme zur Planungsstudie verfaßt haben, richtig festgestellt und daher zu Recht auf die unveränderte und vorrangige Bedeutung der Forderung nach Beseitigung dieser Mißstände hingewiesen.

   Trotzdem droht durch die verspätete Herausgabe der Planungsstudie und die bereits einsetzende isolierte Diskussion dieser Planungsstudie das eigentliche Anliegen der Sachverständigen-Kommission und des von ihr erstatteten Berichts vernachläßigt und die Diskussion auf nicht realisierbare Wunschvorstellungen zur künftigen Gestaltung der psychiatrischen Versorgung verlagert zu werden.

   Demgegenüber ist aus meiner Sicht die Forderung zu erheben, daß alle zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel zunächst auf die Beseitigung der von der Sachverständigen-Kommission festgestellten Mißstände in der psychiatrischen Versorgung in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern konzentriert werden müssen und kostspielige Modellvorhaben, deren Ergebnisse ohnehin fragwürdig sind, bis zur Behebung dieser Mißstände zurückgestellt werden müssen.

2. Die in der Planungsstudie für die einzelnen Versorgungsgebiete aufgeführten Minimal-Mittel- und Maximal-Ausstattungen mit Personal und Einrichtungen sind offensichtlich rein schematisch nach bestimmten statistischen Vorgaben errechnet und ohne Berücksichtigung der konkreten Bedürfnisse ermittelt worden. Damit entsteht bei Realisierung dieser Planungsstudie die Gefahr, daß am *tatsächlichen Bedarf vorbei Versorgungseinrichtungen ins Leben gerufen werden*, die zumindest bei Realisierung der Maximalbedingungen nicht ausgelastet sein werden.

   Welche Konsequenzen eine solche Fehlplanung auf die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und in den kommunalen Haushalten haben würde, braucht angesichts der in dem Bericht selbst enthaltenen Kostenanalyse nicht im einzelnen dargestellt zu werden.

3. Fast für alle Versorgungsbereiche ist in der Planungsstudie ein Einsatz des Gesundheitsamts als sozialpsychiatrisches Behandlungszentrum vorgesehen. Aus der projektierten Zusammensetzung dieser Dienste und Einrichtungen in der Standardversorgung ergibt sich, daß die sozialpsychiatrischen Dienste neben den Niedergelassenen Nervenärzten und den Krankenhausambulanzen die ambulante Versorgung psychisch Kranker rund um die Uhr übernehmen sollen.

   Eine derartige Ausweitung der Aufgaben des Gesundheitsamtes als Träger der ambulanten psychiatrischen Versorgung ist nicht nur auf Grund des bestehenden *Personalnotstandes in den Gesundheitsämtern utopisch*, sondern würde auch zu einer Aufgabenüberschneidung mit der im Rahmen der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung durchzuführenden ambulanten ärztlichen Behandlung führen.

   Diese ambulante ärztliche Behandlung sozialversicherter, psychisch kranker Patienten ist Bestandteil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen und wird insbesondere durch Niedergelassene Nervenärzte, praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin wahrgenommen. Darüber hinaus sind die an den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und an den Allgemeinkrankenhäusern tätigen Krankenhausärzte, soweit ein Bedarf hierfür besteht und soweit die stationäre Versorgung dies zuläßt, als Leistungserbringer in die kassenärztliche Versorgung einbezogen.

   Es sind erhebliche Bedenken dagegen zu erheben, neben diesem System der ambulanten ärztlichen Versorgung ein neues eigenständiges Versorgungssystem durch sozialpsychiatrische Betreuungszentren an Gesundheitsämtern zu errichten.

   Die Einrichtung neuer ambulanter Versorgungssysteme würde dazu führen, daß der bestehende Personalnotstand in der stationären psychiatrischen Versorgung sowie der bestehende Mangel an Niedergelassenen Nervenärzten in der ambulanten Versorgung weiter verschärft würde. Die zur Verfügung stehenden Personalkapazitäten müssen daher zunächst voll zur Beseitigung dieser Engpässe genutzt werden, bevor überhaupt die Frage nach der Einrichtung neuer Versorgungseinrichtungen gestellt werden kann.

   Im übrigen ist in der Planungsstudie die Frage nach der Sicherstellung eines Tag- und Nachtdienstes durch die Gesundheitsämter nicht beantwortet worden. Die insoweit in der Planungsstudie enthaltenen Personalansätze gewährleisten m. E. keinen Tag- und Nachtdienst bei Einhaltung der im öffentlichen Dienst vorgegebenen tariflichen Arbeitszeiten.

4. In allen Versorgungsbereichen wird — entsprechend den Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission — eine erhebliche Herabsetzung der stationären Behandlungsfälle zu Gunsten einer Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung, insbesondere in Ambulanzen gefordert.

Die Begründung für diese Forderung allein auf statistische Erhebungen aufzubauen, ist unzureichend, weil eine solche schematisierende Betrachtungsweise die Gefahr in sich birgt, daß am tatsächlichen Bedarf vorbei stationäre Versorgungseinrichtungen geschlossen und ambulante Versorgungseinrichtungen aufgebaut werden, die später nicht voll ausgelastet werden können.

5. Bei der Darstellung der Dienste und Einrichtungen in der stationären Versorgung werden für die einzelnen Versorgungsbereiche oft unterschiedliche Angaben über die Tätigkeit Niedergelassener Allgemeinärzte und Nervenärzte in der ambulanten Versorgung und im Konsiliardienst gemacht, obwohl diese Angaben einheitlich sein müßten.

   Ferner ist auch der Aufbau der Studie, soweit es die Einordnung der verschiedenen Leistungsträger in der Standardversorgung betrifft, nicht einheitlich. So werden z. B. die Gesundheitsämter als Leistungsträger in der Allgemeinpsychiatrie an erster Stelle vor den Niedergelassenen Ärzten und den Ambulanzen an Krankenhäusern genannt, was sicherlich nicht den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht.

   In der Gerontopsychiatrie werden die Gesundheitsämter überhaupt nicht erwähnt, während sie in dem Abschnitt neurotisch und psychosomatisch Kranke als Tag- und Nachteinrichtungen erscheinen. Einen Facharzt für Geriatrie, wie er in dem Abschnitt Gerontopsychiatrie als Leistungserbringer aufgeführt wird, gibt es nicht.

6. In der Planungsstudie wird festgestellt, daß die ihr zu Grunde liegenden Bemessungsempfehlungen auf Vorgaben beruhen, die im Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland insgesamt noch nicht vorgefunden werden können. „Da sie sowohl nach theoretischen als auch nach finanziellen Gesichtspunkten die vorteilhaftesten Lösungen enthalten, ist ihre beispielhafte Erprobung in Modellvorhaben als Leitlinie für die künftige Versorgung anstrebenswert".

Die ehemaligen Mitglieder der Sachverständigen-Kommission haben in ihrer Stellungnahme in Übereinstimmung mit der Planungsstudie der Einrichtung entsprechender Modellversorgungsgebiete zugestimmt.

Diesem Vorhaben kann ich auf Grund der vorstehenden Ausführungen mein Placet nur dann geben, wenn zuvor das eigentliche Ziel des Enqueteberichts, nämlich die Beseitigung der unbestreitbar bestehenden Mißstände in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern, realisiert ist. Die zur Erreichung dieses vorrangigen Ziels erforderlichen finanziellen Mittel dürfen nicht durch kostspielige und in ihrem Nutzen fragwürdige Modellvorhaben gekürzt werden. Modellvorhaben zur Erprobung neuer in der Planungsstudie angeregter Versorgungssysteme dürfen darüber hinaus nicht durch die Aufgabenstellung im Ergebnis präjudiziert werden. Insoweit wende ich mich insbesondere gegen die Feststellung, daß die der Planungsstudie zu Grunde liegenden Bemessungsempfehlungen sowohl nach theoretischen, als auch nach finanziellen Gesichtspunkten die vorteilhaftesten Lösungen enthalten sollen. Wenn überhaupt in Modellversuchen neue Versorgungssysteme erprobt werden sollen, so muß die Neutralität des Modellversuchs gesichert sein und der Ausbau bestehender Versorgungssysteme als Alternative in den Modellversuch einbezogen werden.

Dr. Schmitz-Formes
Sanitätsrat

Marburger Bund
Riehler Str. 6, 5000 Köln 1

Stellungnahme zum Psychiatrie-Bericht

August 1977

Fachlich differenzierte Versorgung psychisch Kranker — ein in seinen Wurzeln noch nicht erfaßtes Problem *)

Seit Jahren sprechen psychiatrische Fachkreise und ärztliche Verbände von einer ständigen Zunahme psychischer Störungen und einem Mangel in der Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter. Der *„Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung"* (Drucksachen 7/4200 und 7/4201) — im folgenden kurz Enquete genannt — hat in einer groß angelegten Untersuchung den Ist-Zustand diagnostiziert und Vorschläge zur Verbesserung unterbreitet.

Die Entscheidung der Bundesregierung, einen Bericht zur Lage erstellen zu lassen, ist das Ergebnis eines jahrzehntelangen Prozesses und unserer poli-

*) Sonderdruck aus „mb — der arzt in krankenhaus und gesundheitswesen", Heft 8/9 1977

tischen Vergangenheit. Diesem Prozeß liegen ein Wandel in den Denkansätzen der Psychiatrie und ein *Wandel des ärztlichen und öffentlichen Bewußtseins* in der Einstellung zu psychisch Kranken zugrunde. Abwehreinstellungen und Vorurteile, die dem psychisch Kranken entgegenschlugen, mußten erst erkannt werden, um Schritte zur Veränderung vollziehen zu können.

Dieser Bewußtmachungsprozeß in der ärztlichen und öffentlichen Einstellung geschah erst über einen *Wandel der psychiatrischen Wissenschaft selbst.* Das statische Wissenschaftsbild der deskriptiven, naturwissenschaftlich orientierten Pychiatrie geriet durch die Ergebnisse der Psychologie, der Psychotherapie, der Psychoanalyse, der Soziologie und anthropologischer Richtungen der Psychiatrie in Bewegung. Zur Dynamisierung trugen auch die fachlichen und politischen Aktionen der Anti-Psychiatrie bei. Die Ergebnisse einer psychodynamischen, psychosozialen und sozialen Psychiatrie (zum Beispiel *England* und *Niederlande*) veränderten zunehmend die deutsche Psychiatrie.

Die teilweise heftigen innerpsychiatrischen Auseinandersetzungen drangen auch in das allgemein ärztliche Bewußtsein. Es mußte sich mit den zunehmenden vielfältigen funktionellen oder psychosomatischen Störungen auseinandersetzen. Geprägt vom naturwissenschaftlichen Denken, hatten meist Ärzte keine Erklärungen für die funktionellen Störungen und sahen häufig die Leiden auch *nicht als Krankheit* an, obwohl sie für den Patienten und seine Angehörigen unabweisbar waren. Allzu leicht wurden seelische und soziale Konflikte mit Hinweis auf Moral, Zucht und Verleugnung von Ängsten und mit Abschieben behandelt. In diesem Sinne war das allgemeinärztliche Bewußtsein dem öffentlichen Bewußtsein nahe, das ebenfalls dem Beängstigenden, Bedrohlichen, Peinlichen, Unverständlichen mit Isolierung oder Verleugnung und Abschieben begegnete.

Zunehmend wächst in den letzten Jahren das Bewußtsein in der Medizin und der Öffentlichkeit für die Bedeutung der psychischen und sozialen Faktoren bei Erkrankungen. Dies zeigt sich im öffentlichen Bewußtsein darin, daß sich *Presse* und *Fernsehen* häufig solcher Themen annehmen. Es zeigt sich in der *Approbationsordnung* mit der Betonung der psychologischen Medizin (medizinische Psychologie, medizinische Soziologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) und in der Erstellung der Enquete.

Auf diesem Hintergrund kann die Enquete nicht nur als grandioses Zahlenmaterial und Patentlösungsangebot gelesen werden, sondern sie stellt indirekt eine *intensive Auseinandersetzung* mit diagnostischen und therapeutischen Problemen bei psychisch Kranken dar, mit den biologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen der Entstehungen von Erkrankungen und ihrer möglichen Heilung und mit der Einstellung der Medizin überhaupt zum Psychischen.

Alarmierend sind die Feststellungen der Enquete und anderer Statistiken über den *psychischen Gesundheitsstatus unserer Bevölkerung:* In der Bundesrepublik Deutschland sind etwa 20 Millionen Menschen andauernd, wiederholt oder wenigstens einmal während ihres Lebens von irgendeiner seelischen Erkrankung betroffen, also etwa jeder dritte Bürger. 70 v. H. der Bevölkerung suchen innerhalb eines Jahres den Praktischen Arzt auf. 10 bis 20 v. H. von ihnen haben psychische Krankheiten, stehen in einer seelischen Krise oder weisen psychisch bedingte oder mitbedingte körperliche, das heißt psychosomatische Beschwerden auf. Dies sind vier bis acht Millionen Menschen. Als dringend therapiebedürftig erweisen sich rund eine Million Personen im Jahr, 1,8 bis 2 v. H. der Bevölkerung. Für mindestens 13 000 jährlich kommt jede Hilfe zu spät, sie begehen Selbstmord. Die rapide Zunahme psychischer Krankheiten ist noch gravierender. Dabei fällt insbesondere die sprunghaft ansteigende Einweisung von Alkoholkranken auf, die sich insgesamt von 1970 an verdreifacht hat. Die Arbeitsunfähigkeitsfälle haben sich unter den Pflichtversicherten der AOK durch psychosomatische Erkrankungen um 16 v. H., diejenigen auf Grund von Psychosen und Neurosen um 19 v. H. und durch Selbstmordversuche um 31 v. H. innerhalb von vier Jahren vermehrt. Entsprechend vermehrt sich der Konsum von Schlaftabletten und Psychopharmaka. Neben Krankheitsbildern wie Schizophrenie und Depressionen dominieren insbesondere psychosomatische Störungen und psychosoziale Konflikte.

Alarmierend sind auch die erheblichen *qualitativen* und *quantitativen Mängel,* die in der Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter festgestellt wurden:

1. Die Mängel im *Vorfeld* der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, zum Beispiel in der nicht-professionellen Beratung (Lehrer, Erzieher, Seelsorger); in der professionellen Beratung von psychologischen Diensten in Schule, Berufsberatung, Sozialarbeit, Lebensberatungs- und Erziehungsberatungsstellen sowie im Bereich der Allgemeinmedizin.

2. Die Mängel im *ambulanten Dienst:* Die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Die Unausgewogenheit der Verteilung von nervenärztlichen Praxen. Mangel in der Weiterbildung, Mangel am ambulanten Angebot für spezielle Patientengruppen, wie Jugendliche, Suchtkranke, psychisch kranke alte Menschen. Der Mangel an Fachpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

3. Die Mängel im *stationären Dienst:* Die großen psychiatrischen Fachkrankenhäuser. Überalterte Bausubstanz. Ungünstige Lage. Ein Arzt versorgt etwa 60 Betten. Mangel an klinischen Psychologen und Sozialarbeitern. Qualitativ schlecht ausgebildetes Pflegepersonal. Fehlen von Fachabteilungen. Fehlen von halbstationären (Tag- und Nacht-Kliniken) und komplementären Diensten. Am katastrophalsten wirkt sich der Versorgungsmangel bei den Kindern und Jugendlichen, bei psychisch kranken alten Menschen und bei Suchtkranken aus. Die Fehlplazierung in der Versorgung geistig Behinderter. Allüberall gravierende Kooperationsfehler.

Die Enquete-Kommissionen haben sich um Antworten bemüht und Neuordnungen vorgeschlagen. In manchen Ansätzen stimmen sie mit den Vorstellungen des Marburger Bundes zur „Reform des Gesundheitswesens" und teilweise mit den Äußerungen in den „Gesundheits- und Sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft" überein.

Aber als die Enquete vorlag, gab es *heftige Kritik:* Die Kommission hätte wegen unterschiedlicher Positionen deutlich Kooperationsprobleme gehabt. Die Modelle seien orientiert an einer Maximalversorgungs-Vorstellung, ohne Rücksicht auf ökonomische und personelle Grenzen. Die Vorschläge seien unrealistisch. Die Enquete zeige eine Tendenz zur Institutionalisierung und zur staatlich gelenkten Medizin. Das Eindringen der psychotherapeutischen, psychodynamischen und sozialen Aspekte in die Vorstellungen der biologisch orientierten Psychiatrie schaffe eine Zwei-Klassen-Psychiatrie und sei auch nicht erforderlich.

Heftig reagierten die *Niedergelassenen Nervenärzte,* die sogar von „teils ungenauen, einseitig unvollkommenen Daten" sprachen und nachwiesen, daß nur 5,8 v. H. der psychiatrischen Patienten stationär behandelt und alle anderen von einer nervenärztlichen Praxis aus versorgt würden. Sie wollen das Fach durch eine Neugestaltung der Gebührenordnung attraktiver gestalten.

Anderen ist die Enquete trotz allgemeiner Zustimmung zu wenig konkret, zu perfekt, zu technokratisch, zu wenig an der Ambulanz orientiert, zu wenig präventiv, zu wenig selbsthilfeorientiert und zu wenig teamorientiert. Außerdem werden wissenschaftlich-therapeutische Konzepte vermißt.

Diese Diskussion mußte die Enquete herausfordern, da sie *problematisierend* ist. Ihr reformierter Denkansatz fördert Diskussionen, die sich fruchtbar auf die Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung auswirken können. Negativ auf das öffentliche und politische Bewußtsein hat sich die *Reaktion der Vertreter der Öffentlichkeit* (Frau Ministerin *Focke*) ausgewirkt: Sie dankt in einem Schreiben den Kommissionsmitgliedern für ihre Experten-Arbeit, entläßt sie und weist darauf hin, daß „zusätzliche Mittel wegen der angespannten Finanzlage der Kostenträger gegenwärtig nicht aufgebracht werden können". Deutlicher konnte ein Reformbemühen nicht mehr gebremst werden.

Der *Marburger Bund* war sich stets der Probleme der psychisch Kranken bewußt. Er hatte stets Mitglieder, die sich engagiert für diese Kranken einsetzten. Insbesonders der langjährige Erste Vorsitzende Dr. *Erwin Odenbach* trat bei vielen Gelegenheiten für sie ein. Darum kann der Marburger Bund einem ökonomisch begründeten Pessimismus, wie ihn die Bundesregierung zeigt, *mit Entschiedenheit entgegentreten.* Es gibt viele unterstützenswerte Initiativen öffentlicher oder privater Hände, engagierter Ärzte, Psychologen, Pfleger, die der Misere nicht tatenlos zusehen wollen.

Der Marburger Bund erkennt auch die Wunde im ärztlichen und psychiatrischen Bewußtsein, die unter anderem die Enquete deutlich gemacht hat. Sie ist *nicht nur ein Expertenproblem für die Psychiatrie, sondern auch ein allgemeines ärztliches.* Der Kern für eine Veränderung liegt in einem *langfristigen Prozeß des Wandels des öffentlichen und ärztlichen Bewußtseins.*

Der Wandel kann an *fünf Problembereichen* dargestellt werden, auf die die Enquete unter anderem hinweist. Hieraus leiten sich die Grundlinien für politisch und berufspolitisch zu fordernde und erreichbare Veränderungen ab, die langfristig die Versorgung psychisch Kranker verbessern helfen.

1. Die Integration der psychologischen in die somatische Medizin

Die Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin sind unbestritten. Die Technisierung der Medizin droht sogar ein beängstigendes Ausmaß anzunehmen. Bei den vielen psychisch verursachten oder mitverursachten Störungen stößt der Arzt jedoch auf Grund seiner naturwissenschaftlichen Ausbildung an Grenzen. In der ärztlichen Ausbildung stellt die neue Approbationsordnung mit ihrer Betonung der psychologischen Medizin einen *Neuorientierungsansatz* dar. Diese Fächer werden jedoch nicht entsprechend ihrer Bedeutung gefördert. Vielfach erkennen die Administration und die medizinischen Fakultäten nicht ihre Bedeutung für die Ausbildung des zukünftigen Arztes. Den Fächern werden häufig nur mangelhafte Sach- und Personalmittel zur Verfügung gestellt, so daß eine adäquate Lehre und Forschung nicht erreichbar ist. Zuletzt hat der *Wissenschaftsrat* darauf eindringlich hingewiesen. Langfristig ist eine Integration der psychologischen Medizin in der Krankenversorgung, Lehre und Forschung nur zu erreichen über eine gezielte Ausbildung der jungen Ärzte in diesem Bereich.

Darum ist eine verstärkte *Förderung der Ausbildung in den Fächern der psychologischen Medizin* notwendig. Der in Krankenhaus oder Praxis tätige Arzt wird dann mehr Verständnis für die psychischen und sozialen Nöte der Patienten haben und in manchen Fällen auch einen psychosomatisch weitergebildeten Arzt konsiliarisch hinzuziehen können.

Insbesondere der *Allgemeinmediziner* muß besser für seine psychologischen Aufgaben vorbereitet werden. Etwa 20 v. H. aller Patienten in den Praxen der Allgemeinmediziner haben funktionelle Störungen. Häufig werden diese Patienten unsachgemäß, ungerecht und ohne Verständnis für ihre seelischen Konflikte behandelt.

Es ist *nicht selbstverständlich,* daß der Arzt psychologisches Einfühlungsvermögen mitbringt, auch wenn manche dies glauben. Es bedarf über eine Grundausbildung hinaus einer Schulung in *Weiter- und Fortbildungsprogrammen.* Dabei ist es nicht mit einigen Vorträgen oder Kongressen getan, sondern es ist, wie viele Erfahrungen zeigen, eine kontinuierliche, berufsbegleitende praxis- und patientenorientierte Beratung von einem in psychosomatischer Medizin weitergebildeten Arzt — zum Beispiel in sogenannten Balint-Gruppen — über einige Jahre erforderlich.

Dies muß nicht bedeuten, daß der Allgemeinmediziner kurzfristige oder langfristige psychologische Behandlungsformen erlernt und durchführt. Er sollte aber imstande sein, einen seelischen Konflikt zu erkennen, Weichen zu stellen, akute seelische Krisen angehen zu können und für eine fachgerechte Weiterbehandlung durch andere zu sorgen.

2. Die Förderung der Weiterbildung für Psychotherapie und Psychosomatik (Fachpsychotherapeut und Erweiterung der psychiatrischen Weiterbildung)

Die Divergenzen zwischen Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik sind nach der Erstellung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission deutlich geworden und führten zu *getrennten Arbeitskreisen*, deren Kooperationsversuche nicht immer gelangen. Es würde hier zu weit führen, die unterschiedlichen wissenschaftlichen und methodischen Ansätze in der Diagnostik und Therapie aufzurollen, um diese Problematik verständlich zu machen.

In der letzten Zeit sind diese Auseinandersetzungen noch ergänzt und erweitert worden durch die meist von Psychologen vertretenen verhaltenstherapeutischen und gesprächspsychotherapeutischen Ansätze, die sich ihrerseits mit der Psychiatrie und anderen Richtungen der Psychotherapie auseinandersetzen, und zwar mit methodischen, aber auch mit berufspolitischen Argumenten.

Nach allen vorliegenden Untersuchungen ist ein *Fachpsychotherapeut/Psychosomatiker* — über den Namen läßt sich streiten, zum Beispiel Arzt für psychoanalytische Medizin — für eine differenzierte Versorgung der vielfältigen neurotischen und psychosomatischen Störungen und für die anstehenden Aus-, Weiter- und Fortbildungsaufgaben unerläßlich. Manche Nervenärzte fürchten, daß die Psychotherapie aus ihrem Bereich herausgebrochen wird, daß sie nur noch als „Organiker" gelten. Sie sind gegen eine solche Entwicklung und wollen die Psychotherapie als Bestandteil der Psychiatrie erhalten. Die Psychotherapie muß schon ein Teil der Psychiatrie sein, die Psychiatrie muß mehr als bisher von ihr durchdrungen werden. Andererseits heißt eine strikte Ablehnung eines Fachpsychotherapeuten, die wissenschaftliche Entwicklung eines zunehmend an Bedeutung in der psychologischen Medizin gewinnenden Faches hindern zu wollen.

Der Fachpsychotherapeut kann auch am ehesten die erforderliche Qualifikation des Psychiaters und anderer Ärzte in psycho- und soziodynamischen Verstehensweisen durch Weiter- und Fortbildungsprogramme fördern. Aus der Sicht der Versorgung verlangen psychisch kranke Menschen ein *differenziertes therapeutisches Angebot*. Ein All-round-Nervenarzt, der Neurologe, Psychiater, Psychotherapeut und Psychosomatiker sein soll, kann einer dem heutigen Stand der Forschung entsprechenden Versorgung aus qualitativen und quantitativen Gründen nicht gerecht werden.

Die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* hat offensichtlich eher als die *Bundesärztekammer* erkannt, daß in der Weiterbildungsordnung das Problem „Psychotherapie" zur Lösung ansteht. Sie hat eine Regelung eingeführt, daß zur Durchführung von analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nur derjenige ermächtigt werden kann, der einen *detailliert vorgeschriebenen Weiterbildungsgang* nachweisen kann. Unter dem Gesichtspunkt von qualifizierter ärztlicher Tätigkeit ist dies eine sinnvolle Lösung. Auch die Ärztekammern sollten in Kooperation mit den bestehenden freien Weiterbildungsinstituten eine solche Lösung der Weiterbildungsordnung für ein Gebiet „Fachpsychotherapie" anstreben. Eine differenzierte Betrachtung verlangt eine Förderung der Fachpsychotherapie und eine Neugliederung in der Weiterbildungsordnung. Gleichzeitig ist im stationären und im ambulanten Bereich für *geeignete Kooperationsmodelle* unter den an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Fachgruppen zu sorgen.

3. Die Überwindung der Trennung von stationärem und ambulantem Versorgungsbereich

Diese Forderung berührt das allgemeine Problem der vor- und nachstationären Diagnostik und Behandlung. Am Beispiel der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung wird es häufig eingehend diskutiert, da man dort einen *Einbruch der Institutionalisierung*, letztlich der Staatsmedizin und der Abschaffung der Freiberuflichkeit des Arztes befürchtet. In der Enquete finden sich differenzierte Modelle der Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich, die aus den Notwendigkeiten einer psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung und ihrer Spezialisierung hervorgehen, die den Patientenproblemen entsprechen und die *keine ideologischen Spielereien* darstellen oder den Niedergelassenen Nervenarzt abschaffen wollen. Im einzelnen würde es zu weit führen, diese Modelle, wie zum Beispiel Behandlungszentren, Polikliniken, Fachambulanzen hier zu diskutieren.

Der Marburger Bund vertritt die Auffassung, je nach Bedarfslage und unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit und der Funktionalität der Versorgung den im stationären Bereich tätigen qualifizierten Ärzten (zum Beispiel Fachärzten) *auch die ambulante Behandlung* zu ermöglichen. Diese ambulanten Dienste müssen nach und nach im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie sogar zum *Schwerpunkt* werden, wie dies sich in Modellversuchen im Ausland, beispielsweise seit zwanzig Jahren in *Paris*, gezeigt hat. Ein dadurch erreichter Bettenabbau darf jedoch *nicht mit einem Personalabbau parallel gehen*, da sonst die Versorgung gefährdet wird.

4. Die strukturelle Neugliederung der psychiatrischen Krankenhäuser

Die Mängel in der bisherigen Struktur der psychiatrischen Krankenhäuser lagen im *Direktorialsystem* und in der durch die Größe bedingten *Unübersicht-*

lichkeit. Einerseits müssen ausreichend psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet werden, die dann die Versorgung für einen Sektor übernehmen, andererseits sind die weiterhin notwendigen psychiatrischen Fachkrankenhäuser in Abteilungen zu gliedern, die *spezielle Aufgaben* übernehmen: Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie/Psychosomatik, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Suchtabteilungen, gerontopsychiatrische Abteilung mit internistischer Versorgung. Es müssen Spezialabteilungen für geistig Behinderte geschaffen werden; Abteilungen für Epileptologie mit Epilepsie-Ambulanz, für forensische Psychiatrie, Neurophysiologie und Neurobiochemie. Auf eine weitere differenzierte Darstellung und die Aufgabenverteilung zwischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, Fachkrankenhäusern und Universitäten kann hier verzichtet werden.

Eine solche *institutionelle Neugliederung* kann nur eine Erneuerung der psychiatrischen Versorgung bringen, wenn sich auch die *innere Organisation* ändert. Die autoritären Entscheidungsstrukturen solcher Abteilungen müssen zu demokratischen werden. Die *interdisziplinäre Arbeit* mit verschiedenen Berufsgruppen muß nachhaltig gefördert werden (Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Psychologen, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten). Die Kranken müssen im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft als *aktive Partner* integriert werden.

Solche Vorstellungen sind noch weit von einer Realisierung entfernt, denn dies bedeutet mehr als eine bauliche oder strukturelle Änderung. Dies bedeutet eine *Einstellungsänderung,* Aufgabe hierarchischer Entscheidungsmodalität, Besprechung und Kooperation mit verschiedenen Berufsgruppen. Es steht außer Frage, daß davon das therapeutische Milieu einer Klinik geprägt wird, ein Milieu, das sich unabweisbar auf die Patienten auswirkt.

Der Marburger Bund hat mit seinem *Teamarztmodell* eine grundsätzliche Einstellungsänderung für die innere Organisation des Krankenhauses vollzogen. Zum Team in der klinischen Psychiatrie oder Psychotherapie gehören jedoch neben Ärzten auch Psychologen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Beschäftigungstherapeuten. Eine strikte Trennung der verschiedenen Bereiche wirkt sich negativ aus. Hier ist das MB-Modell der klinisch-psychiatrischen Tätigkeit anzupassen.

5. Eine qualitative und quantitative Verbesserung der Personalsituation im stationären Bereich

Die erschreckendsten Feststellungen der Enquete sind für den Marburger Bund die Arzt-Betten-Relation von 1 zu 60, die Überalterung der Ärzte, der katastrophale Mangel an Psychologen, Sozialarbeitern und Beschäftigungstherapeuten sowie die mangelhafte Qualifikation des Pflegepersonals. *Jede noch so sinnvolle, aufwendige Neustrukturierung im baulichen und organisatorischen Bereich muß wirkungslos bleiben, wenn sie nicht getragen und ausgefüllt werden kann von qualifiziertem Personal. Für den Marburger Bund haben daher eine Vermehrung des therapeutischen Personals und eine Verbesserung der Weiter- und Fortbildung der verschiedenen im psychiatrischen Krankenhaus tätigen Berufsgruppen Priorität; denn nur durch ausreichend vorhandenes und qualifiziertes Personal kann langfristig dem Versorgungsmangel für psychisch Kranke begegnet werden.*

Für die Psychiatrie und die Psychotherapie kann sich der ausreichende Personalbestand *nicht am Bettenschlüssel orientieren.* Man muß daher vom Bettenschlüssel wegkommen. Die Aufgaben und Funktionen in der Versorgung psychisch Kranker müssen differenziert analysiert werden und danach auch der Bedarf an Ärzten und anderem Personal in einem neugegliederten Fachkrankenhaus, in einer Abteilung, in ambulanten Diensten ermittelt werden.

Qualifiziertes Personal, zum Beispiel Ärzte, ist nur dann zu bekommen, wenn *ausreichend Fachärzte* zur Verfügung stehen, die in der Weiterbildung auch fachliche Förderung erfahren haben und nicht mit Krankenversorgung überbürdet wurden. Der weiterzubildende Arzt kann nicht mit fünfzig Patienten alleingelassen werden, und der Weiterbilder erscheint einmal in der Woche — selber überlastet — um Medikationen zu kontrollieren. Der Weiterzubildende bedarf häufiger, kontinuierlicher fachlicher und persönlicher Beratung und Förderung in einer Art Supervision, in der diagnostische, klinische, psychopathologische und psychopharmakologische Probleme *und* die praxisrelevante personale, interpersonale und soziale Dynamik besprochen werden kann. Aus dieser kontinuierlich reflektierten Praxis wird die *berufliche Fachkompetenz* nach und nach erworben. Durch Vorträge oder theoretische Lektüre kann sie erst erweitert, jedoch nicht allein durch sie erworben werden. Nur der auf diese Weise gezielt Weitergebildete kann im beruflichen Feld, sei es stationär, teilstationär, ambulant oder niedergelassen, neue Funktionen sicher übernehmen, so zum Beispiel auch in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten oder anderen Berufsgruppen. Und er erhält eine *Sicherheit in seiner beruflichen Identität,* die sich anregend auf die jungen Mediziner auswirken kann, sich auch dieser schwierigen Aufgabe einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zuzuwenden.

Niemand wird den Personalbedarf für den stationären, halbstationären oder ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Bereich pauschal nennen können, aber in konkreten Fällen zum Beispiel einer Abteilung läßt sich der Personalbedarf unter Berücksichtigung der Aufgabe in der Versorgung, in der Aus-, Weiter- und Fortbildung und mit ausreichend Spielraum für mögliche Änderungen in diesen Aufgaben ziemlich genau ermitteln. Der Marburger Bund hat immer vor einer blinden, pauschalen Reduktion des Personalbestands mit dem Bettenbestand gewarnt, die insbesondere im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich verheerende Folgen hat. Alle Erfahrungen zeigen, daß in diesem Bereich der *Personalbestand ver-*

mehrt werden muß und der *Bettenbestand langfristig abgebaut* werden kann.

In diesem Zusammenhang muß noch ein spezielles Personalproblem angesprochen werden, und zwar die *Tätigkeit von Diplom-Psychologen* im psychiatrischen und psychotherapeutischen Sektor des Gesundheitswesens. Die Situation ist folgende: Die Enquete-Kommission stellte einen Mangel an klinischen Psychologen fest und schlägt vor, vermehrt Psychologen für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker zu gewinnen, insbesondere die Weiterbildungskapazität zu steigern.

Dies ist zu begrüßen und zu unterstützen, jedenfalls nach den Erfahrungen, die innerhalb des stationären Bereiches mit klinischen Psychologen gemacht wurden. In der letzten Zeit nahm jedoch die Zahl der *in eigener Praxis niedergelassenen Psychologen* sprunghaft zu. Als nichtärztliche Psychotherapeuten waren sie über Delegationsverfahren von Ärzten an der kassenärztlichen Versorgung in der Psychotherapie beteiligt.

Kostenerwägungen und für Kassen und teilweise auch für delegierende Ärzte unüberblickbar gewordene Therapiearten bei unklarer Qualifikation der Therapeuten begründeten die Entscheidung der *Ersatzkassen,* den Psychologen mit Hinweis auf die RVO das Recht zur Ausübung der Heilkunde abzusprechen. Auch die *Kassenärztlichen Vereinigungen* zogen außer für analytische Psychotherapie die Delegationsverfahren zurück.

Dies rief die Psychologen auf die Barrikaden. Insbesondere die in den letzten Jahren stark an Mitgliedern gewachsenen Verbände der Verhaltenstherapeuten und die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie wurden aktiv. Beide vertreten psychotherapeutische Richtungen, die vorwiegend von Psychologen ausgeübt werden. Zusammengefaßt fordern diese Verbände eine *Gleichberechtigung* der psychologischen Behandlung mit der medizinischen ohne Delegationsverfahren.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit löst das seit Jahren bekannte und drängende Problem, indem es zunächst in einem *Forschungsbericht* vom Max-Planck-Institut in München prüfen läßt, was alles unter „Psychotherapie" verstanden wird. Damit liegt ein Gesetzesvorhaben zum Berufsbild des nicht-ärztlichen Psychotherapeuten erst einmal *weitere zwei bis drei Jahre auf Eis.*

Die Positionen der Psychologen-Verbände sind verschieden, insbesondere hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung zum Psychotherapeuten und der Kontrolle der Berufsausübung durch den Staat oder durch eine Standesorganisation.

Aus der ärztlichen Sicht des Marburger Bundes kann man in der jetzigen Situation feststellen: Die Bereitwilligkeit der Psychologen, sich im präventiven oder therapeutischen Bereich für die psychisch Kranken einzusetzen, ist zu begrüßen. Die Eigenständigkeit psychologischer Behandlungsausübung soll dabei gewährleistet sein, da sich für ein reines Delegationsverfahren keine ausreichende Begründung findet. Aus fachlichen Erwägungen muß man jedoch fordern, daß der in eigener Praxis oder in der Institution selbständig therapeutisch tätige Diplom-Psychologe eine *qualifizierende Weiterbildung* absolviert hat. In Anlehnung an die Vorstellungen des Wissenschaftsrates könnte der *Weiterbildungsgang* folgendermaßen aussehen: nach dem Diplom ist eine vierjährige klinische Weiterbildung zum Fachpsychologen für klinische Psychologie oder Psychotherapie abzuleisten. Dabei sollte eine mindestens einjährige Tätigkeit in der klinischen Psychiatrie und eine zweijährige in der klinischen Psychotherapie nachgewiesen werden. Ein Jahr sollte in einer psychologischen Beratungsstelle absolviert werden. Die Weiterbildung in speziellen psychotherapeutischen Methoden kann teilweise berufsbegleitend durchgeführt werden.

Der Marburger Bund kann Konzeptionen, wie sie im *Gesundheitspolitischen Programm der FDP* angeführt werden, zum Beispiel einen „Diplom-Psychologen für Psychotherapie" *aus*zubilden und „psychotherapeutisch/psychosomatische Fachkliniken in den Fachbereich für Psychologie der Universitäten" einzurichten, aus fachlichen Erwägungen nicht folgen.

Zum Schluß kann man nur hoffen, daß das ärztliche Bewußtsein für den komplexen Bereich der psychologischen Medizin für Psychiatrie und Psychotherapie wächst. Manche Probleme sind nicht oder nur unvollständig behandelt, zum Beispiel das der niedergelassenen Nervenärzte, der Prävention, der Rehabilitation und der Forschung. Insgesamt kann der Eindruck entstehen, daß wir *einem ständig wachsenden Versorgungsproblem hinterherhinken,* einem Problem, das wir in seinen Wurzeln noch nicht erfaßt haben.

Stellungnahme zur Planungsstudie

31. Januar 1978

Der Marburger Bund hat zuletzt in seiner 51. Hauptversammlung zur Diskussion der Psychiatrie-Enquete Stellung genommen. Der Marburger Bund begrüßt, daß die Planungsstudie über die Kosten und Finanzierungsgrundlage der von der Enquete-Kommission vorgeschlagenen Neuordnung der psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung vorliegt.

I.

Zu der Planungsstudie kann der Marburger Bund *grundsätzlich* feststellen:

1. Die Zielvorstellungen der Enquete-Kommission werden im wesentlichen vom Marburger Bund unterstützt. Die Planungsstudie ist an diesen Zielvorstellungen orientiert.

2. Die langfristige Planung darf nicht verhindern, daß dringliche Änderungen im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung *unverzüglich* vorgenommen werden. Dies sind insbesondere eine Humanisierung der Zustände in den psychiatrischen Einrichtungen, eine Untergliederung und teilweise Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und eine forcierte Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern.
3. Die Erstellung der langfristigen Planungsstudie bis zum Jahre 2000 darf nicht verhindern, daß jeder neue Planungsschritt an neuen Gegebenheiten orientiert wird. Es bedarf einer ständigen Überprüfung und Analyse der Neuordnung und der Erweiterung der Versorgung, sowie ihrer Notwendigkeit und Dringlichkeit.
4. Die angegebenen Personalbedarfszahlen beziehen sich zu weitgehend auf Schätzungen. Unter Berücksichtigung aller auszuübenden Funktionen im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist regional die Personalausstattung zu planen. Dabei müssen die Kapazitäten der Niedergelassenen Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten und der in Zukunft zu erwartenden niedergelassenen klinischen Psychologen mit berücksichtigt werden.
5. Die Bundesregierung wird aufgefordert, entsprechende Modellversorgungsgebiete und Modellvorhaben finanziell zu unterstützen. Denn nur an Hand der konkreten Situation in einer Region kann eine Bedarfsplanung sinnvoll langfristig durchgeführt werden.
6. Eine überregionale Kooperation der Bundesländer sollte zur Integration der regionalen Erfahrungen und zur Verhinderung von Versorgungsmißständen durch Zuständigkeitsfragen ermöglicht werden.
7. Die vorwiegend an der Krankenhausversorgung orientierte Personalbedarfsplanung muß die in Zukunft entstehenden komplementären und ambulanten Dienste mit berücksichtigen.

II.

Im *einzelnen* äußert sich der Marburger Bund zu folgenden Punkten in der Planungsstudie:

1. Zur Aus-, Weiter- und Fortbildung

   Der Marburger Bund hat in seiner Stellungnahme zum Enquete-Bericht ausdrücklich dies als einen seiner Schwerpunkte betrachtet. In der Finanz- und Personalplanung ist diesen Forderungen einer Intensivierung der Aus-, Weiter- und Fortbildung zum Nervenarzt, Psychiater, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und zum Fachpsychotherapeuten kaum Rechnung getragen. Die Auswirkung für die Planung müßte in personeller wie in finanzieller Hinsicht innerhalb der Studie berücksichtigt werden. Weiterhin muß die Studie berücksichtigen, daß die nicht-ärztlichen Heilberufe, z. B. die klinischen Psychologen in die Weiter- und Fortbildung integriert werden. Wir dürfen auf unsere Stellungnahme zum Berufsbild des klinischen Psychologen und zu seiner Weiterbildung verweisen.

2. Zur Krankenhausversorgung

   Abteilungen für Psychiatrie an allgemeinen Krankenhäusern sind nicht nur bedarfsgerecht, sondern unbedingt zu fordern. Dies sollte zur Reduzierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser führen. Im übrigen ist für die psychiatrischen Großkrankenhäuser eine angemessene Bettenzahl vorzusehen und sie mit entsprechenden komplementären Einrichtungen zu versehen. Die Reduzierung der Bettenzahl darf jedoch nicht zu einer Reduzierung der Personalausstattung führen. Bisher ist an den psychiatrischen Großkrankenhäusern eine Humanisierung der Verhältnisse noch nicht erreicht. Dies wird in der Planungsstudie unberücksichtigt gelassen.

   In den Berechnungen sollten die Strukturvorstellungen des Marburger Bundes (Saarbrücker Modell) berücksichtigt werden.

3. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, für die Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher und für die Behandlung von Suchtkranken ist aus Erfahrung ein günstigerer Bettenschlüssel zu fordern. Hier würden Modellversuche an entsprechenden Abteilungen erst ausreichende Maßstäbe liefern.

4. Für neurotisch und psychosomatisch Kranke ist hinsichtlich der Weiterbildung ein eigenes Fachgebiet zu fordern und eigene klinische sowie ambulante Einrichtungen.

5. Für Epilepsiekranke sollte kein gesondertes Versorgungssystem entwickelt werden. Die Versorgung sollte in Fachabteilungen an neurologischen Kliniken geschehen.

VII. Kurzberichte der Mitglieder des Modellverbundes des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“, 1978

1

Modell: **Psychosoziale Beratungsgruppe**

Anschrift: Psychosoziale Beratungsgruppe des Diakonischen Werkes Oldenburg in den Landkreisen Friesland und Wesermarsch
Oldenburger Straße 59
2930 Varel 1
Telefon 0 44 51 — 53 12

Begleitforschung: Manuela Ziskoven, Prof. Dr. Hanspeter Harlfinger
Oldenburger Straße 59
2930 Varel 1
Telefon 0 44 51 — 53 12

Aufgabenstellung (Kurzfassung): Prüfung der Frage, wie sich eine mobile Beratungsgruppe mit einem gemeindepsychologischen Arbeitskonzept in einem ländlich strukturierten Gebiet etablieren läßt und wie das kirchlich-diakonische Potential in den Kirchengemeinden für die Arbeit mit Menschen in seelischen Schwierigkeiten nutzbar gemacht werden kann.

Kurzer Bericht über den derzeitigen Stand:

Ausgehend von dem kirchlich-diakonischen Auftrag des Projektes wurden zunächst systematisch Kirchengemeinden besucht und Gespräche mit den Pastoren und Gemeindekreisen geführt.

Diese Gespräche dienten:

— der Information der gemeindlichen Kreise über die Aufgabenstellung

— der Werbung von Laienhelfern

— der Erforschung, inwieweit an bestehende gemeindliche Gruppen ehemalig psychisch Kranke und Menschen in seelischen Schwierigkeiten angegliedert werden können.

Es stellte sich heraus, daß die Angebote seitens der Pfarrgemeinden sich hauptsächlich auf Gruppen für Ältere sowie sporadisch zusammenkommende Elterngruppen beziehen, so daß sich für die Beratungsgruppe die Notwendigkeit ergab, Gruppenangebote in verstärkterem Ausmaß zu machen als eingeplant war.

In der ersten Phase wurden ebenfalls Kontakte zu den Jugend-, Sozial- und Gesundheitsämtern, Beratungsstellen im Umkreis (dabei handelt es sich um zwei Erziehungsberatungsstellen), Krankenhäusern, praktischen Ärzten und Nervenärzten hergestellt.

Beratungstätigkeiten

Aufgrund der fehlenden Zuweisungsmöglichkeiten in dem Gebiet — ein Nervenarzt in den zwei Landkreisen mit je ca. 100 000 Einwohnern (fünf Kirchenkreise), zwei Erziehungsberatungsstellen (je 20 km entfernt) — nimmt die direkte Beratung von Klienten etwa die Hälfte der Arbeitszeit ein. Die Weitervermittlung bei Anfragen für psychotherapeutische Dienste (Schulschwierigkeiten, akute psychische Erkrankungen) hat gleichermaßen einen wichtigen Stellenwert. Klienten werden an die Nervenärzte in Wilhelmshaven und Oldenburg verwiesen. Die zu beratende Personenzahl beträgt zur Zeit 80 Personen, ca. 40 Personen sind zusätzlich in die bestehenden Gruppen integriert (2. Quartal 1978). Bei den längerfristig beratenen Personen handelt es sich zumeist um Ehekonflikte, Kontaktschwierigkeiten, Menschen mit Angstzuständen und depressiven Verstimmungen. Ca. 40 % (laut Akten) dieser Personen werden von Pastoren vermittelt, die übrigen, insbesondere von den Vareler Jugend- und Sozialämtern sowie den praktischen Ärzten der Umgebung. Zunehmend melden sich Personen von sich aus an. In Krisensituationen werden Hausbesuche durchgeführt. Eine Warteliste existiert nicht.

Direkte Beratungsangebote

— Jeweils zwei psychologische Gesprächskreise (differenziert nach Alter der Teilnehmer)
  — wöchentlich einmal

— Gesprächsgruppe für Angehörige psychisch Kranker
  — monatlich einmal

— Gruppe mit stationären Patienten der neurologischen Abteilung des Landeskrankenhauses Sanderbusch
  — 14tägig

— Kontaktstelle, Gemeindehaus Jever
  — einmal wöchentlich, nachmittags

— Problemorientierte Gruppenarbeit in Jever
  — wöchentlich einmal

— Freizeitclub für entlassene Patienten aus den Landeskrankenhäusern
  — wöchentlich einmal, Varel

Durch die positive Resonanz bei den Kirchengemeinden im ehemaligen Landkreis Friesland wurden

im Februar 1978 Beratungstage in Jever angeboten. Die Arbeit wird dort von den Pastoren mitgetragen.

Dem Ziel, das Potential der Kirchengemeinden zu aktivieren und die Gemeindemitglieder an der Arbeit zu beteiligen, wird mit folgenden Aktivitäten Rechnung getragen:

— Fallbesprechungsgruppe mit Pastoren
  — monatlich einmal
— Fallbesprechungsgruppe mit Gemeindeschwestern
  — monatlich einmal
— Schulung von Laienhelfern, zwei Gruppen
  — 14tägig
— Vorträge in Kirchengemeinden
  — auf Anfrage, ca. zwei pro Monat.

Um Vorurteile abzubauen und Kompetenzen für den Umgang mit Problemfällen zu vermitteln, werden Besprechungen mit Mitarbeitern in einem „Waisenhaus" in Varel sowie mit Kindergärtnerinnen geführt.

Wesentlicher Bestandteil unserer Beratungsarbeit sind Laienhelfer, die vor allem am Aufbau von Selbsthilfegruppen und Nachbarschaftshilfe beteiligt sind. So sind in zwei Gemeinden Kontaktgruppen für alleinstehende Frauen entstanden. Die davon ausgehenden Impulse haben vorwiegend präventiven Charakter und fördern somit den Abbau von Schwellenangst, die sich bei der vorwiegend ländlichen Bevölkerungsstruktur für unsere Arbeit erschwerend auswirkt.

Nachgehende Betreuung wird in geringem Ausmaß über einen Freizeitclub unter Mitwirkung von Laienhelfern ausgeübt. Patienten werden uns von der Neurologischen Station des Landeskrankenhauses Sanderbusch und über die Sozial- und Jugendämter vermittelt. Eine Zusammenarbeit mit dem zuständigen psychiatrischen Versorgungskrankenhaus Wehnen ließ sich bisher nur in Einzelfällen realisieren.

Mit dem Städt. Krankenhaus Varel und den praktischen Ärzten der Umgebung hat sich zunehmend die positive Zusammenarbeit (durch vermehrte Vermittlung von Patienten an uns) gefestigt.

Eine Verbesserung der Kooperation mit anderen Institutionen im psychischen Bereich ergibt sich durch unsere Mitarbeit an der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Oldenburg. Für den Bereich Wilhelmshaven ist ebenfalls eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Entstehung, die von unserer Stelle mitgetragen werden soll.

Insgesamt wird die Beratungsstelle überraschend stark frequentiert, was unter anderem auf die mangelnde psychosoziale Infrastruktur im Gebiet zurückzuführen ist.

Ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung der psychosozialen Lage würde in der Schaffung flankierender Maßnahmen (z. B. Übergangseinrichtungen und Wohngemeinschaften) bestehen. Aufgrund der Nachfrage nach Beratungstätigkeit (von Ärzten, Ämtern und Pastoren) erscheint die Weiterführung der Beratungsstelle nach Ablauf der Modellphase unbedingt erforderlich zu sein. In Kooperation mit dem Träger und weiteren psychosozialen Einrichtungen in der Region ist zu klären, welche Maßnahmen zur Schaffung einer bedarfsgerechten Versorgung im Rahmen eines Verbundsystems (Beratungsstelle, Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, Übergangseinrichtungen, Nachbetreuung) erfolgen müßten.

2

Modell: **Psychosoziale Kontaktstelle**

Anschrift:
Der LOTSE in Wilhelmsburg
Fährstraße 70
2102 Hamburg
Telefon 0 40 — 75 99 99

Begleitforschung: Beirat des Hamburgischen Landesverbandes der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V., Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

Aufgabenstellung (Kurzfassung): Erprobung und Weiterentwicklung des Konzeptes einer psychosozialen Kontaktstelle (PSK) in einem unterversorgten großstädtischen Randgebiet mit hohem Arbeiter-, Ausländer- und Altenanteil. Spezielle Fragestellungen sind: wie sich präventive und nachsorgende Aufgaben verbinden lassen durch ein Angebot, das unter dem Schwerpunkt Krisenintervention Beratung und Behandlung umfaßt; wie sich Hilfsangebote möglichst frühzeitig und aktiv an unterschiedliche Risikogruppen herantragen lassen; wie das Selbsthilfepotential sowohl im Stadtteil als auch des einzelnen aktiviert werden kann; wie in enger Kooperation mit bestehenden psychosozialen Einrichtungen das Angebot einer PSK optimal an bereits bestehende regionale Versorgungsstrukturen angepaßt werden kann und gleichzeitig die PSK zu deren Integration und Optimierung beiträgt.

Kurzer Bericht über den derzeitigen Stand:

Das erste Jahr der Tätigkeit der psychosozialen Kontaktstelle (PSK) diente vor allem der Integration in den Stadtteil. In Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Initiativen ist das Angebot den Bedürfnissen und der Versorgungsstruktur an-

gepaßt worden. Dabei wurde die Erfahrung gemacht, daß die Versorgung einer Region kaum durch die Einrichtung normierter Versorgungseinheiten (z. B. Stellenschlüssel u. Tätigkeitsfelder) zu erreichen ist, sondern nur durch gemeinsame Planung mit allen, die in der psychosozialen Versorgung der Region bereits tätig sind.

Nur so kann die notwendige Ausrichtung an regionalen Verhältnissen erfolgen. Ferner erwies sich, daß eine Beratungsstelle nicht nur konzipiert werden kann anhand der bestehenden aktiven Nachfrage (etwa bisherige Behandlungsquote, Wartezeiten). Hier wurde bestätigt, was in der Enquete über das „Hilfesuchverhalten" in Arbeitervierteln steht: nämlich die Notwendigkeit, Hilfsangebote aktiv an die Betroffenen heranzubringen. Hierzu mußte eine intensive Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden.

Im folgenden wird kurz auf die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche der PSK hingewiesen:

1. Klientenbezogene Beratung und Behandlung

Beratung und Behandlung zielen weniger auf einzelne Personen ab als auf natürliche Gruppen (Familien, Nachbarschaft etc.) und ihr soziales Umfeld. Nur die strenge Regionalisierung und das aktive Hineingehen in die Umgebung des Klienten ermöglichen es, in vielen Fällen die Hilfsquellen und Probleme, die im Umfeld des Klienten liegen, mit in die Arbeit einzubeziehen. Dies ist besonders bedeutsam, da es Ziel der Betreuung ist, das Selbsthilfepotential des Klienten und seiner Umgebung so zu stärken, daß der Klient von institutioneller Hilfe unabhängig wird.

Da der LOTSE vorwiegend bei aktuellen Problemen kurzfristig Hilfe leisten will, wurden für eine längerfristige Betreuung Gruppen aufgebaut und Kontaktmöglichkeiten geschaffen. Diese sollen es Menschen in ähnlichen Schwierigkeiten erleichtern, zur Selbsthilfe untereinander und in der Gesellschaft zu finden.

In der Praxis einer PSK können nach den ersten Erfahrungen Beratung und Behandlung nicht voneinander getrennt werden und müssen beide vorhanden sein. Gerade die Verknüpfung beider Aspekte (etwa von Sozialberatung und psychotherapeutischem Gespräch in der Krisenintervention) macht den besonderen Charakter der PSK aus.

2. Kooperation und Koordination verschiedener psychosozialer Dienste

Die von der Sachverständigen-Kommission betonte Notwendigkeit von besserer Kooperation und Koordination wurde nicht nur für die Planung des Konzeptes der Beratungsstelle, sondern ebenso für die Arbeit mit dem Klienten unterstrichen. Bei etwa einem Drittel der Klienten war eine gemeinsame Betreuung mit anderen Einrichtungen notwendig, damit unterschiedliche Spezialkenntnisse genutzt werden konnten. Gleichzeitig ist die bessere Abstimmung der Dienste untereinander dadurch gefördert worden.

Besonderes Gewicht wurde auf die Zusammenarbeit mit Niedergelassenen Ärzten, dem Allgemein-Krankenhaus, der staatlichen Fürsorge und anderen Diensten gelegt. Von diesen wird bereits jetzt ein großer Teil der Klienten an die Beratungsstelle vermittelt, weil bei ihrer Tätigkeit psychosoziale Probleme besonders häufig festgestellt werden, ohne daß sie mit ihren Arbeitsbedingungen ausreichend darauf reagieren können. Die guten Kontakte und der regelmäßige Informationsaustausch erwiesen sich als besonders nützlich im Bereich der Nachsorge (z. B. Suizidpatienten).

Beispiele für die Möglichkeiten, die sich durch Kooperation und Koordination verschiedener Dienste eröffneten, sind:

— Beteiligung an der Erstellung einer „Pilotstudie zur Verbesserung der sozialen Verhältnisse Wilhelmsburgs", gemeinsam mit fast allen in der psychosozialen Versorgung der Region Tätigen

— Versuch der Bildung einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft aus diesem Kreis;

auch bei einer Alkoholberatung und Öffentlichkeitsarbeit in einem Neubauviertel gemeinsam mit verschiedenen freien Alkoholverbänden und staatlichen Einrichtungen, die von den einzelnen Beteiligten bisher nicht allein realisiert werden konnte.

3. Gemeinwesenarbeit

Unter Gemeinwesenarbeit wird hier der Versuch verstanden, an der Initiierung oder Verstärkung von Strukturen zu arbeiten, die eine materielle Basis von Nachbarschaft bilden können (z. B. Wahrnehmung gemeinsamer Interessen im Wohnblock, Freizeitgestaltung, Kinderbetreuung, Mitarbeit in Bürgerinitiativen). Indem nachbarschaftliche Strukturen gestärkt werden sollen, wird erhofft, professionelle Hilfe verringern zu können, Bürger vor Schwierigkeiten zu schützen und das Integrationspotential des Stadtteils für bereits Gefährdete zu stärken.

Dieser Teil der Arbeit der PSK, durch den eine Verbindung von Prävention und Nachsorge angestrebt wird, erwies sich als unverzichtbar, wenn psychisch Kranke oder Gefährdete nicht wieder unter sich isoliert, sondern in ihr natürliches Umfeld integriert bleiben sollen.

Bei der Planung von derartigen Beratungsstellen sollten nach den bisherigen Erfahrungen auch die folgenden Aspekte beachtet werden, die häufig als unproduktive Zeiten angesehen werden: Supervision der Mitarbeiter; interner Informationsaustausch und Weiterbildung, was angesichts überaus unterschiedlicher Arbeitsbereiche einer PSK besonders dringend ist und ohne die Multiprofessionalität in der Praxis nicht erreicht werden kann; regelmäßige Planung und Neukonzeption der Arbeit, die ein Verharren in Routine verhindern, eine flexible Anpassung an regionale Verhältnisse ermöglichen und eine Verwertung von Erfahrungen gewährleisten muß.

Folgende übergreifende Gesichtspunkte haben sich ergeben:

1. Die Finanzierung einer PSK als Intitution anstelle einer Abrechnung für den einzelnen Klienten hat sich nach den vorliegenden Erfahrungen als unbedingt erforderlich erwiesen. Einige Gründe im einzelnen:

— Es liefe der Intention einer Förderung von Selbsthilfe zuwider, wenn vor einer Intervention der Klient sich als krank definieren muß oder definiert wird (etwa per Krankenschein).

— Wenn die Intervention eher auf Bezugsgruppen und das Umfeld als auf den einzelnen Klienten abzielt, lassen sich weder das Problem noch das Ziel der Intervention an lediglich einer Person festmachen.

— Eine Festlegung auf einen eng umgrenzten krankheitsbezogenen Leistungskatalog wird einer PSK nicht gerecht.

— Nur etwa die Hälfte der Arbeit ist unmittelbar klientenbezogen. Präventive Aufgaben, stadtteilbezogene Arbeit, psychosoziale Kooperation usw. sind nur über eine Institutionsfinanzierung möglich.

2. Eine PSK kann kein Allheilmittel in der psychosozialen Versorgung sein. Die Erprobung ihrer Möglichkeiten stößt an enge Grenzen, wenn nicht gleichzeitig andere Elemente der psychosozialen Infrastruktur verändert werden: Hospitalisierung etwa kann nur wirksam abgebaut werden, wenn gleichzeitig neue komplementäre Einrichtungen geschaffen werden, finanzielle Mittel aus dem stationären für den ambulanten Sektor freigesetzt und eine strenge Dezentralisierung des psychiatrisch-ambulanten Sektors vorangetrieben werden.

3

Modell: **Ambulante Psychiatrie in einer Großstadt**

Anschrift:

Magistrat der Stadt Frankfurt a. M.
— Sozialamt, Grundsätzliche Angelegenheiten —
Berliner Straße 33—35
6000 Frankfurt a. M.
Telefon 06 11 — 2 12 54 99

Begleitforschung: Ltd. Med. Dir. Dr. Lechler und Beirat

Aufgabenstellung (Kurzfassung):

Überprüfung, Kommentierung und kritische Auswertung der speziellen Erfahrungen des Gesundheitsamtes (Gesundheitsfachverwaltung) bzw. des Sozialamtes für eine Großstadt auf dem Gebiet der ambulanten Psychiatrie: Erstellung von Planungsunterlagen als Grundlagenmaterial für die Verbesserung des Angebotes von Leistungen und Diensten gegenüber psychisch Kranken im außerklinischen Bereich; Entwicklung und Erprobung einer integrierten, stadtteilbezogen arbeitenden sozialpsychiatrischen und psychohygienischen Beratungsstelle.

Kurzer Bericht über den derzeitigen Stand:

Die Erarbeitung von praxisgerechten Reformvorschlägen hat die gründliche und umfassende Analyse der Funktionsweise des vorhandenen institutionellen Angebots an Leistungen und Diensten gegenüber psychisch Kranken zur Voraussetzung.

Zu diesem Zweck sind in der ersten Phase der Tätigkeit Informationen über Umfang und Struktur des institutionellen Versorgungsangebotes gegenüber psychisch Kranken gesammelt worden, um auf dieser Grundlage die Fragestellung präzisierend eingrenzen, Problemschwerpunkte ausgliedern und realistische Pläne für deren arbeitsteilige Analyse in der Arbeitsgruppe ausarbeiten zu können.

Die folgenden Maßnahmen schließen sich an:

1. Begutachtung der Qualität des nichtklinischen Versorgungsangebotes für psychisch kranke alte Menschen — zur Zeit unter besonderer Berücksichtigung der Problematik der beschützenden Abteilungen.

2. Prüfung der Realisierungsmöglichkeiten für verwaltungstechnische Verbesserungen im Bereich der städtischen Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenkranke; schwerpunkthaft wird hier der Frage nachgegangen, ob die sektorisierte bzw. dezentralisierte Organisation dieses Sachgebietes die Lage der psychisch Kranken, insoweit sie möglicherweise Klienten dieser Stelle sind, in Frankfurt am Main verbessert.

3. Nachgehen der Probleme bei der Belegung in Wohnheimen und Werkstätten für psychisch Kranke.

Eine Verzögerung ist dadurch eingetreten, daß die Frankfurter Modellaktion erst im Sommer 1977 die Arbeit aufgenommen hat.

Zu den Mitarbeitern des Zentrums der Psychiatrie haben Mitarbeiter der Modellaktion bereits Kontakt aufgenommen, der zu einem intensiven Gedankenaustausch geführt hat. Die organisatorischen Voraussetzungen für die Bildung einer psychosozialen Beratungsstelle sind noch nicht abgeschlossen (dieses Projekt wird voraussichtlich im Februar 1979 realisiert werden können).

4

Modell: **Aufgabenbereiche des sozialpsychiatrischen Dienstes**

Anschrift: Sozialpsychiatrischer Dienst der Klinik Häcklingen
— Beratungsstelle —
Schnellen Markt 14
3110 Uelzen
Telefon 05 81 — 1 50 88

Begleitforschung: Dr. Niels Pörksen, Leiter der Klinik Häcklingen (Träger: DIE BRÜCKE e. V.)

Aufgabenstellung (Kurzfassung): Ein psychiatrischer Dienst soll — als interdisziplinär zusammengesetzte ambulante mobile Einrichtung einer psychiatrischen Klinik in freigemeinnütziger Trägerschaft — in einer ländlichen Region zu Fragen Stellung nehmen, wie und mit welchem Anteil die psychiatrische Versorgung, besonders von einem gemeinnützigen Träger, in einem Standardversorgungsgebiet zu leisten und zu entwickeln ist, wie in diesem Gebiet Koordination und Kooperation verbundener und neu zu schaffender Dienste angeregt bzw. gefördert werden kann und wie teilstationäre Einrichtungen in einem Gebiet dieser Struktur und Bevölkerungsdichte sinnvoll sind und sich Forderungen nach einem Behandlungsnetz erfüllen lassen.

Kurzer Bericht über den derzeitigen Stand:

Der Beginn der Arbeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Klinik Häcklingen — Beratungsstelle — im November 1976 fiel zeitlich mit der Absprache des Niedersächsischen Sozialministeriums mit der Klinik Häcklingen zusammen, diese für den Landkreis Uelzen dafür zuständig zu erklären, auch mit Gerichtsbeschluß untergebrachte Patienten aus dem Landkreis Uelzen aufzunehmen.

Für den sozialpsychiatrischen Dienst der Klinik Häcklingen — Beratungsstelle Uelzen — haben sich seit Beginn des Modellprojekts im November 1976 die folgenden Schwerpunkte gebildet:

1. Direkte Klientenberatung
2. Indirekte Klientenberatung
3. Zusammenarbeit mit Institutionen
4. Präventive Arbeit

zu 1.

Direkte Klientenberatung umfaßt die Vor- und Nachsorge einzelner Klienten bei Einbeziehung ihres sozialen Umfeldes und der Kontakte zu Behörden und anderen psychosozialen Einrichtungen, die Gruppenarbeit mit Jugendlichen, Frauen, Ehepartnern, Patientenclubs und offenen Gruppen.

Die bisherigen Erfahrungen unterstreichen die Situationsbeschreibung in der Psychiatrie-Enquete — insbesondere für ländliche Regionen — und die daraus abgeleiteten Forderungen zur ambulanten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Die Klienten gehören zu den bisher kaum betreuten Zielgruppen (insbesondere psychisch Alterskranke, Suizidgefährdete, Suchtkranke und chronisch psychotische Menschen). Bestätigt wurde, wie wichtig es ist, sich aktiv therapeutisch nachgehend um Patienten zu kümmern, Zuständigkeiten der Betreuung zu klären bzw. durch Reaktivierung von Nachbarschafts- und Laienhilfe Eigen- und zwischenmenschliche Verantwortlichkeit und Toleranz zu fördern. Krisenintervention, Einbeziehung des sozialen Umfeldes und Zusammenarbeit mit Institutionen sind fester Bestandteil eines umfassenden Beratungsangebotes. Dabei ist die Beratung/Intervention meist nur dann sinnvoll, wenn sie sofort (d. h. ohne Warteliste) stattfindet.

Auch ein anderer Arbeitsansatz konnte bereits vertieft werden: Langfristig angelegte Psychotherapien sind von einem sozialpsychiatrischen Dienst nicht zu leisten. Sozialpsychiatrische Tätigkeit sollte mehr daran interessiert sein, soziale Kompetenz und Selbsthilfe zu fördern und kurzdauernde psychotherapeutische Verfahren anzuwenden (z. B. Krisenintervention, Konfliktberatung).

zu 2.

Hierzu gehören klientenbezogene — sporadische oder kontinuierliche — Beratungskontakte mit allen psychosozialen Einrichtungen der Region (u. a. Erziehungsberatungsstelle, Niedergelassene Nervenärzte, Jugendämter, Gemeindeschwestern, Kreiskrankenhaus, Werkstätten für Behinderte, Pastoren, Gesundheitsamt, Gerichte, Arbeitsamt).

Dabei wird versucht

— Zwangseinweisungen zu verhindern

— Doppelbetreuungen zu vermeiden bzw. Zuständigkeiten zu klären

— Versorgungslücken zu erkennen und nach Möglichkeit auszufüllen.

Ziel ist, daß die Klienten anderer Institutionen nicht vom Sozialpsychiatrischen Dienst selbst übernommen und damit tendentiell psychiatrisiert werden, sondern daß die anderen Einrichtungen kompetenter im Umgang mit den psychischen Problemen ihrer Klienten werden.

zu 3.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben eines Sozialpsychiatrischen Dienstes hat sich aufgrund der praktischen Erfahrungen folgende Vorgehensweise als zweckmäßig erwiesen: In der nicht fallbezogenen Zusammenarbeit mit Institutionen wird Konzeptdiskussion angeregt, um traditionelle Beratungsstile durch das Einbringen sozialpsychiatrischer Betrachtungsweisen zu verändern.

An psychosozialen Projekten in Uelzen beteiligten sich die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Dazu gehörten z. B.:

— die Erstellung eines sozialen Wegweisers als Vorstufe zu einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft

— die Entwicklung einer im wesentlichen von Jugendrichtern und Bewährungshelfern getragenen Alternative zum herkömmlichen Jugendstrafvollzug

— die bedarfsgerechte Strukturierung des ambulanten Suchtbereiches

— die Beteiligung am Modellprojekt „Arbeitslose Jugendliche".

Bei der konkreten Zusammenarbeit mit anderen Institutionen stößt der Sozialpsychiatrische Dienst dann auf Schwierigkeiten, wenn aufgrund unterschiedlicher Konzepte keine Gesprächsbereitschaft gezeigt wird bzw. man sich auf starre, administrative oder gesetzliche Regelungen beschränkt. Träger und Sozialpsychiatrischer Dienst bemühen sich, auf kommunalpolitischer Ebene Einstellungsänderungen zu fördern und die Integration des Dienstes in die Region voranzubringen.

zu 4.

Neben der Zusammenarbeit mit Institutionen ist versucht worden, in der Bevölkerung des Landkreises im Rahmen von Aufklärungsarbeit krankheitsverursachende und krankheitsfördernde Faktoren sowie Therapiemöglichkeiten und deren Grenzen aufzuzeigen. Besonderer Schwerpunkt bleibt die Mobilisierung von Selbsthilfe in Form von Förderung der zwischenmenschlichen Toleranz und Verantwortlichkeit im Gemeinwesen. Neben Vortragsreihen in Volkshochschulen und Kirchengemeinden, bei Initiativgruppen und anderen Projekten ist auch ein guter Kontakt zur lokalen Zeitung geschaffen worden.

In Zusammenarbeit mit den Lehrern der Abgangsklassen in den Schulen soll versucht werden, Wissen über die Ursachen von zum Beispiel Suizidalität und Sucht zu vermitteln.

Zusammenfassend läßt sich nach knapp zwei Jahren des Modellprojekts feststellen:

1. Ein mobiler Sozialpsychiatrischer Dienst kann in enger Anbindung an eine Psychiatrische Klinik wesentlich dazu beitragen, bestehende Versorgungslücken in einem Standardversorgungsgebiet zu schließen.

2. Intensive Koordination und Kooperation im psychosozialen Bereich einer Region sind dringend erforderlich. Nur so scheint die Schaffung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur möglich zu sein. Als unabdingbare Voraussetzung sollte die verpflichtende Übernahme von Verantwortungsbereichen der einzelnen Institutionen gelten.

3. Die dafür notwendige Einrichtung einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft/Ausschuß macht aufgrund der unterschiedlichen Bereitschaft und fehlenden Verbindlichkeiten eine langfristige Vorbereitungsphase erforderlich.

4. Schon jetzt zeigt sich, daß flankierende Einrichtungen — wie z. B. mehrere therapeutische Wohngemeinschaften — einen wesentlichen Fortschritt im bestehenden Behandlungsnetz bedeuten würden.

5. Die gemeinnützige Trägerschaft des Sozialpsychiatrischen Dienstes Uelzen hat sich als vorteilhaft erwiesen, weil ein Mitbestimmungsmodell besteht, das sich durch Fehlen von Hierarchie und Ressortdenken auszeichnet. Dadurch werden Kompetenz und Handlungsspielraum der Mitarbeiter erheblich erweitert, so daß schnell den Erfordernissen eines regionalen psychiatrischen Versorgungssystems entsprochen werden kann. Die Mitglieder des Trägervereins, die zum großen Teil aus der zu versorgenden Bevölkerung stammen, können die psychosozialen Einrichtungen direkt beeinflussen und kontrollieren. Der Nachteil besteht in der eingeschränkten Möglichkeit, andere herkömmliche Träger — z. B. staatlicher oder kommunaler Art — zu konstruktiver Mitarbeit zu veranlassen.

6. Mittelfristig wird die weitere Förderung präventiver Maßnahmen schwerpunktmäßig die Arbeiten bestimmen.

7. Offen bleibt bisher die Kostenübernahme nach Ablauf der Modellaktion, da eine gesetzlich definierte Zuständigkeit (etwa auf kommunaler Ebene) nicht gegeben ist.

5

Modell: **Verbund einer psychiatrischen Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus mit ambulanten Diensten**

Anschrift:

St. Josef Hospital
— Abteilung für Klinische Psychiatrie —
3490 Bad Driburg
Telefon 0 52 53 — 20 52 - 20 56
(Trägerschaft: Kath. Kirchengemeinde Bad Driburg und Kreis-Caritas-Verband Höxter)

Begleitforschung:

Dr. Hanns Philipzen, Bad Driburg
Prof. Dr. D. Habeck, Münster

Aufgabenstellung (Kurzfassung):

Psychiatrische Gesamtversorgung einer umschriebenen, dünnbesiedelten ländlichen Region durch ein dezentralisiertes Versorgungssystem und ihre Leistungs- und Bedarfserfassung; Aufbau und Supervision von Laiengruppen und Initiierung von Selbsthilfe.

Kurzer Bericht über den derzeitigen Stand:

1968 wurde am Allgemeinkrankenhaus in Bad Driburg die Abteilung für Klinische Psychiatrie mit 58 Betten und einer Ambulanz eingerichtet. Das Beratungszentrum in Brakel mit integriertem sozialpsychiatrischen Dienst, Suchtberatung, Ehe- und Familienberatung und Erziehungsberatung wurde 1973 gegründet, ebenso die Sozialstation. Die INTEG GmbH, ein Betrieb zur Integration psychisch Behinderter in die Arbeitswelt mit inzwischen 80 Arbeitsplätzen, nahm 1975 ihre Tätigkeit auf. Eine Suchtklinik mit 35 Plätzen arbeitet seit 1976.

Seit Beginn des Modellprojektes konnte das Versorgungsangebot in wichtigen Teilen ergänzt und verbessert werden. 1977 wurde an einem Altenkrankenheim eine gerontopsychiatrische Abteilung eingerichtet. Im Mai 1978 ist eine Tagesklinik mit zunächst 15 Plätzen hinzugekommen. Die Klinik wird als Modell nach § 23 Abs. 2 KHG gefördert. Die genannten Einrichtungen sind in unterschiedlicher Trägerschaft. Sie haben sich vertraglich verpflichtet, gemeinsam die Versorgung der psychisch Kranken des Kreises Höxter zu übernehmen.

Beim Aufbau des Versorgungssystems wurde die Erfahrung gemacht, daß die für den Heim- und Werkstattbereich gültigen gesetzlichen Bestimmungen noch vielfach einer gemeindenahen Versorgungskonzeption entgegenstehen und somit notwendige Neustrukturierungen erschweren.

Den bisherigen Bemühungen, auf institutionellem Wege ein gemeindenahes Versorgungsangebot aufzubauen, kommt die spontane Bereitschaft der Gemeinde entgegen, sich im Alltag um ihre psychisch kranken Mitbürger zu kümmern.

Durch die Mittel des Projektes war es möglich, eine Sozialpädagogin anzustellen, die mittlerweile in sieben Gemeinden des Kreises Arbeitsgemeinschaften initiiert hat und beratend begleitet. Diese Gruppen haben 8 bis 20 Mitglieder und haben Kontakte mit etwa 120 psychisch kranken Menschen. Die Laien haben weitgehend selbständig zwei Wohngemeinschaften für psychisch Behinderte aufgebaut; eine dritte Wohngemeinschaft, die zuvor von einem Sozialarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes gegründet worden war, wird von ihnen mitbetreut. Träger der Wohngemeinschaften ist ein eingetragener Verein (Wohnhilfe e. V.), dessen Vorstand und Geschäftsführung paritätisch mit Laien und Fachleuten aus den verschiedenen Einrichtungen besetzt sind. Ein geplantes Übergangsheim soll organisatorisch und praktisch von dem Verein getragen werden. Ebenso betreuen die Laien die gerontopsychiatrischen Patienten in zwei Altenheimen.

Die Erfassung der Laienaktivitäten durch die wissenschaftliche Begleitforschung zeigt, daß die Laien eigenverantwortlich und selbständig Aufgaben übernehmen, die sich dem Zugriff professioneller Hilfe entziehen:

— Sie informieren die Bevölkerung über die Einrichtungen und bauen Vorurteile gegenüber psychisch Kranken ab. Diese Öffentlichkeitsarbeit mit ihrer Multiplikatorenwirkung ist eine tragende Stütze der präventiven Arbeit in der Region; sie beeinflußt positiv das Hilfesuchverhalten der Klienten, indem sie die Zugangsschwellen zu den Einrichtungen senkt.

— Nach einer gewissen Zeit der Anleitung und Supervision durch die Sozialpädagogin sind die Laien in der Lage, bei akuten Krisen wirkungsvoll zu intervenieren, so daß entweder professionelle Hilfe überflüssig wird oder aber rechtzeitig gesucht wird.

— Durch vielfältige gemeinsame Freizeitaktivitäten wird dem psychisch Behinderten beim Aufbau und bei der Stabilisierung von Sozialbeziehungen geholfen.

— Lebenspraktische Hilfen im Haushalt, bei der Arbeits- und Wohnungsvermittlung, bei Behörden- und Arztbesuchen sind vielfach die Voraussetzung dafür, daß die psychisch Behinderten in der ambulanten Versorgung gehalten werden können und nicht stationär eingewiesen werden müssen.

Die Gemeinden des Kreises Höxter werden zeitlich gestaffelt in die Pflichtversorgung einbezogen. Begonnen wurde am 1. Januar 1978 mit den Gemeinden Bad Driburg und Willebadessen; im Sommer dieses Jahres kommt die Gemeinde Brakel hinzu.

Die schrittweise Übernahme der Gesamtversorgung ermöglicht es, die Versorgungskette entsprechend den realen Versorgungsbedürfnissen zu ergänzen und auszuformen. Der Begleitforschung kommt dabei die wichtige Aufgabe zu, Planungsdaten bereitzustellen. Die beim allmählichen Übergang zur Gesamtversorgung hinzukommenden Versorgungsbedürfnisse werden unter Einbeziehung der kleinräumlich ausgewiesenen Regionaldaten in quantitative und qualitative Bedarfsschätzungen umgesetzt, die den weiteren Planungsschritten zugrunde gelegt werden. Fehlplanungen kann dadurch entgegengewirkt und es kann vermieden werden, daß die Bedürfnisse der Patienten durch die institutionellen Zwänge von falsch geplanten Einrichtungen überformt werden.

Für alle Einrichtungen des Versorgungssystems ist ein vereinheitlichtes Dokumentationssystem aufgebaut worden, das multiinstitutionelle Auswertungen ermöglicht. Durch die Nachdokumentation von Daten können nicht nur querschnittsorientierte Untersuchungen, sondern auch Längsschnittanlaysen durchgeführt werden. Damit werden Aussagen über die Auswirkungen und die Effektivität des Versorgungssystems im Laufe seiner Entwicklung möglich, die für eine Neustrukturierung der psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Gesamtversorgung in ähnlich strukturierten Regionen genutzt werden können. Ferner kann ermittelt werden, welchen Anteil die einzelnen Einrichtungen an der Gesamtversorgung haben und wo noch Versorgungslücken bestehen.

Anhand von periodisch zu erstellenden Tätigkeitsjournalen der Mitarbeiter werden Zeit- und Tätigkeitsanalysen durchgeführt. Sie machen sichtbar, wie sich die organisatorischen, institutionellen und regionalen Einflußfaktoren auf die Arbeits- und Kooperationsformen des ambulanten Dienstes auswirken.

6

Modell: **Dezentrales Angebot teilstationärer und ambulanter Dienste in einer Großstadt**

Anschrift:

Medizinische Hochschule Hannover
— Psychiatrische Klinik —
Karl-Wiechert-Allee
Telefon 05 11 — 5 32 24 07

Begleitforschung: PD Dr. Manfred Bauer und Beirat

Aufgabenstellung (Kurzfassung):

Prüfung der Frage, ob durch die Integration einer durch das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Hannover und der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover gemeinsam getragenen Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche einerseits und Erwachsene andererseits ein spezifisches Angebot für Familien „unter einem Dach" verwirklicht werden kann; Dokumentation und Evaluation der Arbeit der — für die verschiedenen Stadtteile vorgehaltenen — sozialpsychiatrischen Beratungsstellen des Gesundheitsamtes; Prüfung der Frage des Einflusses eines differenzierten Angebotes teilstationärer und ambulanter Dienste auf die Versorgungslage im stationären Bereich — in Kombination mit einer vergleichenden Untersuchung zum Problem der Verlegung psychiatrischer Patienten aus zwei gemeindenahen psychiatrischen Institutionen in psychiatrische Großkrankenhäuser bzw. in Wohnheime.

Kurzer Bericht über den derzeitigen Stand:

Die Bundesregierung hat die in der Psychiatrie-Enquete festgestellte Mangelversorgung im ambulanten Bereich zum Anlaß genommen, verschiedene Modellvorhaben zur „ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung" zu fördern, um Erkenntnisse über den Bedarf, die Wirksamkeit und die optimale Organisationsform dieser Dienste zu gewinnen.

Hannover bot sich als Ort zur Erprobung eines neuartigen und leitbildhaft wirkenden Dienstes aus verschiedenen Gründen an:

1. Das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Hannover hat in den vergangenen Jahren insgesamt fünf in verschiedenen Stadtteilen Hannovers lokalisierte sozialpsychiatrische Dienste für erwachsene psychisch Kranke eingerichtet, die mindestens mit einem Psychiater, einem Sozialarbeiter, einer Krankenschwester und einer Schreibkraft ausgestattet sind.

   Die Arbeit dieser Dienste wissenschaftlich zu begleiten und ihre Wirksamkeit zu überprüfen, war nicht nur Anliegen der Stadt Hannover, sondern auch des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit.

2. Anders als im Erwachsenenbereich hielt das Gesundheitsamt der Stadt Hannover zum Zeitpunkt der Projektbeantragung (1975/76) im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich nur eine einzige Beratungsstelle für das gesamte Stadtgebiet (ca. 650 000 Einwohner) vor, die unverbunden mit den Beratungsstellen für erwachsene psychisch Kranke arbeitete.

   Im Rahmen der Modellförderung des Bundes sollte daher ein integrierter psychiatrischer Dienst für Kinder, Jugendliche und Erwachsene geschaffen werden. Dieser integrierte Dienst sollte sich auf das von der Medizinischen Hochschule Hannover psychiatrisch versorgte Standardversorgungsgebiet (= Sektor; 150 000 Einwohner) beziehen. Durch die enge Kooperation der Modellberatungsstelle mit den Diensten des Gesundheitsamtes einerseits und der Medizinischen Hochschule andererseits sollte — wie in der Psychiatrie-Enquete gefordert — ein spezifisches Beratungsangebot für Familien „unter einem Dach" angeboten werden, zu dem sowohl Eltern als auch Kinder gleichermaßen Zugang haben. Die Integration dieser Beratungsdienste sollte somit den organisatorischen Rahmen abgeben, Eltern und Kindern in ein und derselben Beratungsstelle bei der Lösung gleichgearteter Probleme behilflich zu sein.

3. Über das Standardversorgungsgebiet der Medizinischen Hochschule Hannover (Sektor) und die darin wohnenden gesunden und psychiatrisch erkrankten Personen lagen zu Beginn der Modellaktion bereits umfangreiche Daten vor, über die an anderer Stelle berichtet wurde. Die Auswirkungen eines neuartigen Dienstes mit spezifischer Zielsetzung konnten daher besonders gut beobachtet und eingeschätzt werden. Sowohl die Untersuchung der Wirksamkeit der existierenden Beratungsstellen für erwachsene psychisch Kranke als auch die wissenschaftlich begleitete Arbeit der integrierten Modellberatungsstelle für Kinder, Jugendliche und Erwachsene konnte im Herbst 1976 beginnen. In einem ausführlichen Zwischenbericht vom Februar 1978 konnte hierüber erstmals berichtet werden.

   Bei der Einrichtung und Entwicklung einer gemeinsam von der psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Hannover betriebenen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Erwachsene war sowohl in therapeutischer als auch in organisatorischer Hinsicht Neuland zu betreten. Gab es doch weder Beispiele für gemeinsam von einer Universitätsklinik und einer Kommune betriebene psychiatrische Beratungseinrichtung noch Vorbilder bei der konzeptionellen Entwicklung, auf die man hätte zurückgreifen können. So war die erste Arbeitsphase notwendigerweise durch eine experimentelle Suchhaltung geprägt, die schließlich zu mehreren Schwerpunktbildungen der Arbeit führte.

I. Modellprojekt Integrierte Beratungsstelle

I.1 Unmittelbare Klientenbetreuung

a) Beratung der Eltern gestörter Kinder

Diese Tätigkeit ergibt sich zwanglos aus der Tatsache, daß die primäre Motivation, weswegen Eltern die Beratungsstelle aufsuchen, der Wunsch nach kompetenter Beratung ist. Dabei zeigte sich, daß in vielen Fällen eine einmalige Beratung nicht ausreichte, weswegen das Beratungsangebot prinzipiell zeitlich unlimitiert ist. Dies hat sich auch deswegen bewährt, weil oft erst nach einiger Zeit das familiäre Störfeld präzise erkennbar und damit angehbar wird.

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, daß es sich bei der von uns gezielt erfaßten Klientel überwiegend um sozial minderprivilegierte Personen handelt, die zu einer bisher kaum betreuten Bevölkerungsgruppe gehören.

b) Betreuung gestörter Kinder

In der — auch längerfristigen — Betreuung gestörter Kinder aus dem Einzugsbereich (Sektor) liegt ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit. Dabei hat es sich bewährt, die Betreuung in Form von Spiel- und Aktivitätsgruppen durchzuführen und diese mit gesunden Kindern zu durchsetzen. Gerade durch die Mischung der Gruppen können verhaltensschwierige Kinder langsam wieder an erwünschte Verhaltensweisen herangeführt werden.

c) Gruppenarbeit mit Eltern

Gruppenarbeit mit Eltern ist zu einem festen Bestandteil des Betreuungsprogramms der Beratungsstelle geworden. Dieser Arbeitsansatz beruht im Kern auf der Überlegung, daß verhaltensgestörte Kinder oft beziehungsgestörte Eltern haben, so daß nur ein mehrgleisiger therapeutischer Ansatz Erfolg verspricht. Diese Art Gruppenarbeit wirkt der Tendenz entgegen, das kranke Kind zum alleinigen Objekt therapeutischen Bemühens zu machen.

Es hat sich gezeigt, daß ein wesentliches Ziel unserer Elternarbeit, die Gruppen nach einer bestimmten Laufzeit in Selbsthilfegruppen der Eltern zu überführen, erstaunlich gut gelungen ist. Die Anzahl der Gruppensitzungen für Eltern wurde deshalb zahlenmäßig beschränkt.

d) Familientherapie

In einigen wenigen Fällen konnte unser Konzept konsequent in Richtung Familientherapie erweitert werden. In dieser, schon allein wegen des zeitlichen Aufwandes zu beschränkenden Form unmittelbarer, Klientenbetreuung wird das Ziel eines integrativen Beratungsangebotes für Kinder, Jugendliche und Erwachsene besonders plastisch. Diese Spezialtherapie führten Mitglieder der Kinder- und Jugendlichen Beratungsstelle gemeinsam mit Therapeuten der Erwachsenen Beratungsstelle durch.

e) Spezielle Angebote für besondere Klientengruppen

— Jugendliche Suizidenten. Für diese Gruppe wurde ein spezielles Beratungsangebot geschaffen.

I.2 Indirekte Klientenbetreuung

In vielen Fällen wurde von der Möglichkeit einer mittelbaren Klientenbetreuung Gebrauch gemacht. Hier sind vor allem Beratungskontakte zu allen psychosozialen Einrichtungen der Region (z. B. Erziehungsberatungsstellen, praktische Ärzte, Niedergelassene Nervenärzte, Niedergelassene Kinderärzte, Jugendamt, Bezirksfürsorger, Jugendgerichtshilfe, Werkstatt für Behinderte, psychiatrische Krankenhäuser, Arbeitgeber, u. a.) zu nennen. Ziel ist vor allem, sämtliche Maßnahmen aufeinander abzustimmen und Doppelbetreuungen gleicher Zielrichtung zu vermeiden. Gleichzeitig ergibt sich auf diese Weise die Möglichkeit, andere Einrichtungen mit der eigenen Arbeit vertraut zu machen, gleichzeitig aber auch diesen Institutionen die Möglichkeit zu fachgerechter Problembewältigung zu erleichtern.

I.3 Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Konstitutiver Bestandteil der Arbeit der Modellberatungsstelle ist die Zusammenarbeit mit anderen psycho-sozial tätigen Institutionen im Stadtgebiet Hannover. Dazu gehören insbesondere:

— Familienfürsorge

— kirchliche Gemeindedienste

— Jugendamt

— Jugend- und schulpsychologischer Dienst

— die psychiatrischen und kinderpsychiatrischen Krankenhäuser

— verschiedene ambulante Beratungsinstitutionen (z. B. Erziehungsberatungsstellen, Kinder- und Schulärzte und Niedergelassene Kinderärzte).

Darüber hinaus wurden Mitarbeiter der Modell-Beratungsstelle vor allem tätig

— bei der Erstellung eines General-Straßenverzeichnisses für die fünf Versorgungssektoren im Großraum Hannover

— bei der Erstellung eines psychosozialen Wegweisers für die Stadt Hannover

— bei der Durchführung der vierwöchentlich in den Räumen der Beratungsstelle stattfindenden Arbeitsgruppensitzungen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Hannover (Gemeindepsychiatriegespräche).

Zusammenfassend kann nach knapp zwei Jahren über Teil I des Gesamtprojektes (Integration der Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Erwachsene) folgendes festgestellt werden:

Das von uns entwickelte Integrationskonzept der Beratungsstellenanteile Kinder, Jugendliche und Erwachsene hat sich unter therapeutischen Gesichtspunkten in der dargestellten Form durchaus bewährt. Die Bündelungen der therapeutischen Kapazität der integrierten Beratungsstelle hat zu einer spürbaren Verbesserung der gesamten Versorgungssituation in der Region geführt.

Differenzierter ist dies hinsichtlich der organisatorisch-administrativen Trägerschaft zu sehen. Einerseits ist die Arbeit durch die Beteiligung zweier Verwaltungen (Gesundheitsamt/Stadt Hannover und MHH/Land Niedersachsen) am Gesamtprojekt nicht immer ganz reibungslos verlaufen. Die von Mitarbeitern des Projektes und der MHH gesetzten Impulse waren anfänglich für die Vertreter der Stadt Hannover nicht immer leicht nachzuvollziehen, so daß Reibungsverluste auftraten. Andererseits konnten gerade hierdurch innerhalb der städtischen Körperschaften Umdenkungsprozesse in Gang gesetzt werden, die nicht unterschätzt werden sollen.

II. Erhebung zur Tätigkeit der Beratungsstellen für psychische und soziale Probleme der Stadt Hannover

Der Beitrag der städtischen Beratungsstellen für Erwachsene zur ambulanten psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung des Stadtgebietes von Hannover konnte in dem bereits erwähnten Zwischenbericht ausführlich dargestellt werden.

Zusammenfassend lassen sich hier folgende vorläufige Ergebnisse festhalten:

II.1

Die sozialpsychiatrischen Dienste der Stadt Hannover stellen ein die ambulante Gesamtversorgung ergänzendes Angebot zu den Diensten der Niedergelassenen Nervenärzte dar. Dies zeigte sich u. a. daran, daß im Zeitraum vom 1. April 1977 bis 31. März 1978 ca. 10 % der insgesamt in diesem Zeitraum betreuten 1 738 Patienten mit insgesamt 6 000 Kontakten von Niedergelassenen Nervenärzten an die Beratungsstellen überwiesen wurden.

II.2

Der Anspruch bei der Initiierung sozial-psychiatrischer Beratungsstellen, bestimmte bisher von Niedergelassenen Ärzten nicht oder nur unzureichend versorgte Patientengruppen durch die aktiv nachgehende Betreuung der sozial-psychiatrischen Dienste besser zu erreichen, konnte durch die Erhebung deutlich untermauert werden. So wurden im angegebenen Zeitraum ca. 25 % der Patienten unter der

Diagnose „Schizophrenie" und ca. 22,0 % wegen einer Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit betreut. Im Gegensatz dazu wurden nach *Dilling* (Nervenarzt 1977, 48, 586) in den Praxen von fünf Niedergelassenen Nervenärzten der Bundesrepublik Deutschland zwischen 2,6 und 4 % der Patienten unter der Diagnose „Schizophrenie" und zwischen 4,7 und 10 % wegen Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit behandelt. Ca. 22 % der in den städtischen Beratungsstellen betreuten Patienten waren älter als 60 Jahre, währenddessen nur 11 % der Patienten bei den Niedergelassenen Nervenärzten über 60 Jahre alt waren.

II.3

Seit Bestehen der Beratungsstellen zeichnet sich ein drastischer Rückgang der Zwangseinweisungen nach dem Nieders. SOG ab. Vor Einrichtung der Beratungsstellen betrug die Anzahl der Zwangseinweisungen für den Raum Hannover im Jahre 1972 324, während die Anzahl bis zum Jahr 1977 um über 60 % auf insgesamt 128 zurückging. Einzelheiten hierzu können erst im Endbericht vorgelegt werden.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen scheint es wichtig, die einzelnen Beratungsstellen noch enger an die jeweiligen Kliniken, die den gleichen Einzugsbereich stationär versorgen, zu koppeln. Hierdurch könnte die Effektivität der (Nach-)Betreuung zweifellos gesteigert werden.

III. Vergleichende Untersuchung zum Problem der Verlegung psychiatrischer Patienten

Zu den Aufgaben der Hannover-Arbeitsgruppe gehört es zudem, der Frage nachzugehen, welchen Einfluß ein differenziertes Angebot teilstationärer und ambulanter Dienste auf die Versorgungslage im stationären Bereich hat. Der Beantwortung dieser Frage diente eine vergleichende Untersuchung zum Problem der Verlegung psychiatrischer Patienten aus zwei gemeindenahen psychiatrischen Institutionen in psychiatrische Großkrankenhäuser bzw. in Wohnheime.

Der empirische Teil dieser Untersuchung im Rahmen des Projektes ist jetzt abgeschlossen, in den nächsten Monaten wird die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse erfolgen. Dem endgültigen Bericht vorgreifend, kann aber schon jetzt festgestellt werden, daß gerade durch die Bereitstellung von angemessen ausgestatteten und therapeutisch betreuten Wohnheimen eine beträchtliche Zahl vollstationären Betten eingespart werden kann. Für welche Patienten darüber hinaus Sondereinrichtungen notwendig sind, wird im Endbericht dargestellt und eingehend begründet werden.

7

Modell: **Mobiler psychiatrischer Sozialdienst**

Anschrift:

Rheinische Landesklinik Köln
— Psychiatrisches Behandlungszentrum —
Wilhelm-Griesinger-Straße 23
5000 Köln 91
Telefon 02 21 — 89 93 - 233
(Träger: Landschaftsverband Rheinland)

Begleitforschung:

Prof. Dr. Manfred Bergener, ärztlicher Direktor der Rheinischen Landesklinik Köln
Prof. Dr. C. Kulenkampff, Landesrat

Aufgabenstellung (Kurzfassung):

Prüfung der Effizienz eines mobilen psychiatrischen Sozialdienstes als Teil vorstationärer und ambulanter Dienste einer Landesklinik in einem definierten Großstadtbezirk. Es sollen Eckdaten für die administrative, personelle und sachliche Ausrüstung eines mobilen Teams ermittelt werden, die Aussagen über dessen Funktionsbreite hinsichtlich Nachbetreuung, Krisenintervention, Konsiliartätigkeit und die kostenmäßigen Auswirkungen dieser Versorgungsart zulassen.

Kurzer Bericht über den derzeitigen Stand:

Wenngleich der derzeitige Stand der Untersuchungen noch keine abgesicherten Aussagen erlaubt, so lassen sich doch bereits folgende, wenn auch teilweise nur vorläufige, Erkenntnisse festhalten.

1. Die administrativen, personellen und sachlichen Ausrüstungen eines mobilen Teams:

   Die fünf mobilen Teams, von denen zwei im Rahmen des Projektes betreut werden, gehören organisatorisch zur Ambulanz der Rheinischen Landesklinik Köln. Die gesamte Außenaktivität der Klinik wird von dort koordiniert.

   Im Vergleich zum Vorjahr 1977 wurde zum 1. Februar 1978 die organisatorische Trennung von Ambulanz und mobilen Teams aus Rationalisierungsgründen aufgegeben.

   Das rechtsrheinische Stadtgebiet Köln wurde in fünf Versorgungsgebiete aufgeteilt, zwei davon,

Mülheim und Dellbrück, werden im Rahmen der Modellaktion beobachtet.

In der Vor- und Nachsorge-Ambulanz werden die dorthin kommenden Patienten weiterhin versorgt, allerdings nicht nach Sektoren getrennt.

Die bisher getrennte Dokumentation von Ambulanz und mobilen Teams ist aufgehoben worden, es wird nur noch eine gemeinsame Kartei geführt: Diese Zentralisierung der Karteien hat sich als positiv erwiesen und ermöglicht jetzt schnell ein klares Bild über die Betreuungssituation.

Durch die Einstellung einer Sozialpädagogin in der Beratungsstelle ab Januar 1978 konnte eine kontinuierliche Betreuung in der Beratungsstelle Mülheim sichergestellt werden und die Beratungsstelle kann dreimal wöchentlich bis 21 Uhr geöffnet sein. Sie ist dadurch auch für berufstätige Besucher attraktiv.

Die Beratungsstelle des Stadtbezirks Mülheim ist zentral und gut erreichbar gelegen. Durch die räumliche Trennung von der Klinik und die gemütliche Ausstattung der Beratungsstelle wird dem Wunsch vieler Klienten entsprochen, Beratungen und therapeutische Angebote außerhalb der Klinikatmosphäre zu erhalten. Die Beratungsstelle enthält mehrere Gruppenräume, eine kleine Küche, ein Büro mit Telefon für administrative Aufgaben und Einzelgespräche.

Die Beratungsstelle verfügt zur Zeit über folgende therapeutische Angebote:

— 2 Alkoholikergruppen,
— 1 Laienhelfergruppe,
— 2 Schwimmgruppen,
— 1 Bastelgruppe,
— 1 Puppenspielgruppe,
— 2 Kochgruppen,
— 1 Berufstätigengruppe des Psychosozialen Dienstes Köln.

Außerdem finden medizinische und psychosoziale Beratungen nach Bedarf statt.

Die Sozialpädagogin nimmt einmal wöchentlich an Besprechungen der Rehabilitationsklinik teil. Sie kann dadurch erste Kontakte zu zu entlassenden Patienten aufnehmen, die durch das mobile Team und die Beratungsstelle nachbetreut werden sollen.

Zweimal wöchentlich finden Teamsitzungen der Modellaktions-Mitarbeiter statt; die Mitarbeiter der Modellaktion treffen sich außerdem einmal wöchentlich zu einer gesamten Ambulanz-Besprechung.

2. Erkenntnisse über Funktionsbreite des mobilen Teams hinsichtlich Nachbetreuung, Krisenintervention und Konsiliartätigkeit:

Die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit teilweise finanzierten Teams betreuen insgesamt 150 000 Einwohner, die überwiegend der Unterschicht und unteren Mittelschicht zuzuordnen sind. Die Nachbetreuung erfolgt durch die mobilen Teams auf Veranlassung der Klinik, Anrufe von Angehörigen, nach Mitteilungen anderer psychosozialer Dienste oder nach Beurteilung des Teams bei Vorliegen des Entlassungsberichtes. Neue Klienten werden anfangs meist von mehreren Therapeuten besucht, die Weiterbehandlung übernimmt dann in der Regel ein Therapeut. Zu den wichtigsten Aufgaben der mobilen Teams gehört die Krisenintervention vor Ort, d. h. in der Familie oder am Wohnort des Klienten. Die nachsorgende Behandlung mit Schwergewicht auf Psycho- und Sozio-Therapie, unter Einbeziehung der engsten Kontaktpersonen des Klienten, stellt eine wesentliche Innovation im Rahmen gemeindenaher Versorgungssysteme dar. Sie ist zur Füllung von bisher bestehenden Versorgungslücken aus der ambulanten, psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung nicht mehr wegzudenken.

Eine weitere wichtige Aufgabe der mobilen Teams ist die Ausübung von Konsiliartätigkeit in den Allgemein-Krankenhäusern des Sektors.

Im Jahre 1978 stieg die Zahl der Besucher der Kontakt- und Beratungsstelle ständig an. Von durchschnittlich 265 in den Monaten des 1. Quartals 1978 auf ca. 375 pro Monat im 4. Quartal 1978. Ebenso konnte ein Anstieg der Anzahl mobiler Team-Betreuungen verzeichnet werden. Bis einschließlich August 1978 wurden 356 Hausbesuche durchgeführt. Bei den von den mobilen Teams betreuten Personen handelt es sich größtenteils um Patienten mit chronischen Psychosen, es folgen Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und reaktiven bzw. neurotischen Störungen.

Ein großer Teil der psychosozialen Beratungen entfiel auf die Gruppe der Patienten mit chronischen Psychosen. Wie bei anderen Kontaktzentren und Beratungsstellen zeigt sich auch hier, daß die Anbindung dieser Patientengruppe an Beratungsstellen besser zu gelingen scheint als an ambulante oder stationäre Einrichtungen. Diese Zielgruppe soll in Zukunft noch stärker betreut werden. Erste Erfolge haben sich schon in der geringen Rezidivrate von nur 11 % (6 von 55 Klienten) in den zurückliegenden zwölf Monaten bei dieser Gruppe gezeigt.

Ein weiteres Schwergewicht soll zukünftig auf der Gruppenarbeit mit Süchtigen liegen, die im Laufe des Frühjahrs 1978 in der Beratungsstelle begonnen wurde.

Zusamenfassend lassen sich zur Zeit folgende Ergebnisse darstellen:

1. Die Behandlungskette „Ambulanz-mobiles Team-Beratungsstelle" hat sich als positiv erwiesen. Die niedrige Zahl der Rückfälle und der Wiederaufnahmen bei Klienten mit psychotischen Erkrankungen zeigt die prophylaktische Wirksamkeit der Therapiekette.

2. Die Arbeit mit psychotischen Patienten in der Beratungsstelle bringt für die dort Tätigen eine hohe Belastung mit sich. Es ist oft schwer, ein adäquates Angebot für die stark antriebsgehemmten Besucher zu finden. Sie zeigen selbst meist wenig Initiative für die Organisation verschiedener Aktivitäten. Die konti-

nuierliche Anwesenheit einer Therapeutin in der Beratungsstelle hat sich dabei als äußerst positiv erwiesen.

3. Es bedurfte einer ziemlich langen Anlaufzeit, ca. ein Jahr, bis die Beratungsstelle in dem Wohngebiet, in dem sie liegt, bekannt und akzeptiert wurde.

4. Nachdem ein festes Therapeutenteam einerseits und ein kontinuierliches Angebot andererseits gewährleistet sind, kann der Kontakt zum Amt für soziale Dienste und zu den niedergelassenen Ärzten intensiviert werden. Es ist bereits gelungen, zwei Gruppenveranstaltungen von anderen Trägern in die Beratungsstelle zu bringen.

3. Kostenmäßige Übersicht für diese Versorgungsart:

Zukünftige Aufgaben in den Beratungsstellen und den mobilen Teams könnten eine erweiterte Betreuung in psychosozialer Richtung sein, für die allerdings eine völlig neue Kostenregelung zu treffen wäre. Die jetzige Abrechnung auf Überweisungsscheinen nach RVO deckt nicht entfernt die durch die psychosoziale Betreuung entstandenen Kosten. Es sei nur am Rande darauf hingewiesen, daß eine Abrechnungsbasis für nichtärztliche Leistungen überhaupt noch nicht existiert und daß die Basis für die erbrachten ärztlichen Leistungen bei weitem nicht ausreicht. Es müßten hier neue Möglichkeiten einer adäquaten Finanzierung entwickelt werden. Örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe sollten zukünftig stärker beteiligt werden. Nach dem Psych KG NW vom 2. Dezember 1969 sind vorbeugende und nachgehende Hilfe Pflichtaufgaben der Kreise und kreisfreien Städte, auf die jeder psychisch Kranke Anspruch erheben kann. Die im Gesetz vorgesehene individuelle Hilfe für psychisch Kranke kann zur Zeit im Normalfall nur unzureichend gewährleistet werden, da die Finanzierung nicht gesichert ist. Die aufgetretenen Verluste sind bisher nur im Rahmen von Sonderfinanzierungen abzufangen.

Abgesicherte kostenmäßige Aussagen über die bisher geleisteten Dienste können zur Zeit noch nicht getroffen werden.

Zusammenfassend scheint der gewählte Weg der ambulanten Betreuung durch Beratungsstellen und mobile Teams als integrierter Bestandteil einer von der Klinik ausgehenden gemeindenahen psychiatrischen Versorgung zukunftsweisend zu sein. Die Betreuung am Wohnort unter Aufrechterhaltung der bestehenden sozialen Bindung spricht für dieses Modell.

8

Modell: **Aufbau eines ortsnahen Versorgungsnetzes durch ein kleines Landeskrankenhaus**

Anschrift:

Rheinische Landesklinik Mönchengladbach
— Psychiatrisches Behandlungszentrum —
Heinrich-Pesch-Straße 39—41
4050 Mönchengladbach 2
Telefon 0 21 66 — 35 91
(Träger: Landschaftsverband Rheinland)

Begleitforschung:

Dr. Alexander Veltin, ärztlicher Leiter der Rheinischen Landesklinik Mönchengladbach
Prof. Dr. C. Kulenkampff, Landesrat

Aufgabenstellung (Kurzfassung):

Prüfung der Frage, ob ein kleines Landeskrankenhaus in einer Stadt mittlerer Größe einen psychiatrischen Dienst entwickeln kann, der für den Einzelfall in differenzierter Weise die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen definiert und ergreift. Darüberhinaus soll geprüft werden, welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Diensten bei unterschiedlicher Trägerschaft bestehen, welche Faktoren die stationäre Verweildauer beeinflussen, insbesondere im Hinblick auf eine frühzeitige Entlassung und ambulante Weiterbetreuung, und wie die Zugangsschwelle und die Zahl der Zwangseinweisungen im Vergleich zu anderen Fachkrankenhäusern einzuschätzen ist.

Kurzer Bericht über den derzeitigen Stand:

a) *Welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit bestehen zwischen ambulanten und stationären Diensten bei unterschiedlicher Trägerschaft (Landschaftsverband, Städtisches Gesundheitsamt, Beratungsstellen freigemeinnütziger Träger)?*

Für die Zusammenarbeit von Diensten in unterschiedlicher Trägerschaft kann in Mönchengladbach, soweit es der relativ kurze Untersuchungszeitraum zuläßt, eine durchaus positive Entwicklung festgestellt werden. Die Anstrengungen der Klinik und des Gesundheitsamtes der Stadt haben zum Aufbau eines koordinierten sozialpsychiatrischen Dienstes geführt.

Es finden regelmäßige — zum Teil wöchentliche — Informationskontakte zwischen der Klinik und dem Gesundheitsamt der Stadt, den Sozialarbeitern verschiedener Träger und Dienste, den Leitungen der Alten- und Pflegeheime, den Niedergelassenen Nervenärzten sowie weiteren Arbeitskreisen statt. Die Gründung einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Dezember 1977, bei der die Klinik initiativ mitbeteiligt war, fand gute Resonanz beim Großteil der an der psychosozialen Versorgung beteiligten Institutionen. Sie kann als Ausdruck eines generellen Bedürfnisses nach Informationsaustausch und Kooperation in diesem Bereich gewertet werden.

b) Welche Faktoren beeinflussen die stationäre Verweildauer, insbesondere im Hinblick auf eine frühzeitige Entlassung und ambulante Weiterbehandlung?

Die Rheinische Landesklinik Mönchengladbach versorgt ein Aufnahmegebiet, das ursprünglich ca. 100 000 Einwohner umfaßte und im Jahre 1975 auf 140 000 Einwohner erweitert wurde. Dabei stieg die Durchschnittsbelegung im Vergleich zu den Aufnahmezahlen nur geringfügig an; die durchschnittliche Verweildauer blieb deutlich geringer als bei den anderen stationären Einrichtungen des Landschaftsverbandes. Eine wesentliche Rolle bei dieser Entwicklung spielte der Aufbau eines gestaffelten Angebotes an ambulanten, teilstationären und komplementären Einrichtungen (Kontaktzentrum, Tagesklinik, Wohnheim, Patientenwohngemeinschaften); es gibt insbesondere Hinweise dafür, daß die ambulanten Dienste mit Patientenclubs, therapeutischen Gruppen und anderen Hilfen sich bei der Betreuung von Risikopatienten und Rezidivgefährdeten als wirksam erweisen. Zur genauen Abklärung dieser Fragen wird eine Erhebung entsprechender Daten in Form einer patientenbezogenen Nachdokumentation durchgeführt.

Die für dieses Modell spezifische Verzahnung von stationärem, teilstationärem, ambulantem und komplementärem Bereich ermöglicht es einerseits, gezielte therapeutische Maßnahmen zu ergreifen, ohne den Patienten in jedem Fall aus seiner sozialen Umwelt herausnehmen zu müssen. Sie gewährleistet jedoch auch, daß rechtzeitig, etwa im Falle eines Rezidivs, eine stationäre Behandlung eingeleitet werden kann, wobei der frühzeitige Behandlungsbeginn häufig zu einer Verkürzung der Verweildauer führt.

c) Wie sind die Zugangsschwelle und die Zahl der Zwangseinweisungen im Vergleich zu anderen Fachkrankenhäusern einzuschätzen?

Das am Prinzip der „therapeutischen Gemeinschaft" (vergl. Psychiatrie-Enquete S. 63) orientierte Behandlungskonzept der Klinik fördert stärker als die eher traditionell ausgerichteten Strukturen anderer psychiatrischer Institutionen die Eigenverantwortlichkeit und die soziale Kompetenz der Patienten. Dieser Tatbestand und die Gemeindenähe des Versorgungssystems, die die Gefahr des Verlustes bestehender sozialer Beziehungen geringer hält als bei einer Behandlung weitab vom Wohnort, scheinen bei diesem Modell die Bedingungen für die Minderung der „Schwellenangst" bei der Bevölkerung zu liefern. Ein nicht unerheblicher Teil der Patienten kommt aus eigenem Antrieb im Anfangsstadium der Erkrankung oder des Rezidivs in die Klinik. Dies spiegelt sich auch im Anteil der nach dem PsychKG des Landes Nordrhein-Westfalen zwangseingewiesenen Patienten wieder: während er im mehrjährigen Mittel (1974 bis 1977) für alle Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland bei ca. 33 % der Aufnahmen liegt, beträgt er für die Landesklinik Mönchengladbach lediglich 2,7 %.

Schlußfolgerungen

Die noch nicht abgeschlossene Erhebung bzw. Auswertung des Datenmaterials läßt eine endgültige Beurteilung der angeschnittenen Probleme noch nicht zu. Dennoch kann heute schon die wichtige Feststellung getroffen werden, daß die Bedarfszahlen für psychiatrische Betten bzw. Behandlungsplätze, von denen man in der Vergangenheit ausging und die auch für die Planung des psychiatrischen Behandlungszentrums Mönchengladbach maßgeblich waren, korrekturbedürftig sind. Die Meßziffer für klinische Betten im Erwachsenenbereich dürfte unter den Bedingungen eines regionalen integrierten Versorgungssystems bei 0,8 bis 0,9 ‰ (früher 1,7 ‰) liegen. Die übrigen, wenn auch vorläufigen Ergebnisse der Untersuchung ermutigen dazu, durch den Ausbau der rehabilitativen Einrichtung der Klinik (z. B. Gründung weiterer Patientenwohngemeinschaften, Abschluß eines Institutsvertrages gem. § 368 n Abs. 6 Satz 2 RVO) darin fortzufahren, das Schwergewicht der Behandlungs-, Förderungs- und Betreuungsmaßnahmen noch stärker auf den teilstationären, ambulanten und komplementären Bereich zu verschieben.

9

Modell: **Übergangsheim für psychisch Kranke**

Anschrift:
Übergangsheim „Elisabeth-Lutz-Haus"
Stresemannstraße 8
6800 Mannheim
Telefon 06 21 — 44 19 16
(Träger: Evangelische Kirchengemeinde Mannheim)

Begleitforschung:
Frau Dr. Bakony, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

Aufgabenstellung (Kurzfassung):
Erprobung, welche Bedeutung ein Übergangsheim als Glied des Versorgungsnetzes in der gemeindepsychiatrischen Versorgung einer Großstadt hat; insbesondere, ob die Existenz eines Übergangsheimes auf die Dauer der stationären Behandlung Einfluß hat, ob die Unterbringung in einem solchen Heim stationäre Klinikbehandlungen reduziert und ob ein Übergangsheim die Wiedereingliederung in die Gesellschaft erleichtert. Darüber hinaus soll dieses Modellprojekt das Funktionsspektrum eines Übergangsheimes ausleuchten, eine geeignete Klientel für eine solche Einrichtung abgrenzen, die Einordnung in ein bestehendes Versorgungsnetz untersuchen und den möglichen Einfluß auf die Kostenentwicklung im Versorgungssystem prüfen.

Kurzer Bericht über den derzeitigen Stand:

Eines der entscheidensten Probleme, welches sich bei der Durchführung des Modellprojektes stellte, ist die Kostenträger-Zuständigkeit. Obwohl kaum bezweifelbar ist, daß ein Übergangsheim der Heilung und Besserung von psychisch Kranken dient, verstehen die Krankenkassen die Arbeit einer solchen Einrichtung als soziale Rehabilitation und verweisen damit auf eine Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers. Dieser wiederum sieht das Übergangsheim als Einrichtung der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 184 a RVO an und hält damit die Zuständigkeit der Krankenkassen für gegeben. Die Leitung des Zentralinstituts und die Evangelische Kirchengemeinde Mannheim als Träger des Elisabeth-Lutz-Hauses haben sich intensiv darum bemüht, auf eine Klärung dieser Frage hinzuwirken. Der Direktor des Zentralinstituts, Herr Prof. Dr. Dr. H. Häfner, hat den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Abgeordnete des Bundestages und die Aktion Psychisch Kranke über die genannten Schwierigkeiten unterrichtet und die Bearbeitung dieser Frage im Aktionsausschuß für die Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke beim Deutschen Verein angeregt. Auf Initiative der Leitung des Zentralinstituts führte die Aktion Psychisch Kranke im Juli 1977 gemeinsam mit dem Diakonischen Werk eine Tagung in der Evangelischen Akademie Loccum durch, die eigens diesem Thema gewidmet war. Der für das Projekt Elisabeth-Lutz-Haus bei der Evangelischen Kirchengemeinde Mannheim verantwortliche Mitarbeiter, Herr Sozialdiakon Froese, hat auf dieser Tagung ein Grundsatzreferat zur Frage der Konzeption und Kostenproblematik für die Unterbringung von psychisch Kranken in Übergangsheimen gehalten. Dieses Referat wurde wegen seiner bundesweiten Bedeutung inzwischen veröffentlicht. Im Verfolg der Loccumer Tagung hat sich der zuständige Facharbeitskreis der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation weiter mit der Frage der Kostenzuständigkeit befaßt. Um eine Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken in dieser Hinsicht zu erreichen, müßten nach unserem Ermessen in erster Linie die Krankenkassen einem psychisch Kranken dieselbe Chance wie einem körperlich Kranken geben, wenn er Heilung und Besserung durch Rehabilitation sucht. Es wird als dringende Notwendigkeit angesehen, eine endgültige Klärung der Frage der Kostenzuständigkeit für die Unterbringung von psychisch Kranken in Übergangsheimen zu erarbeiten.

Im März 1977 wurden Ergebnisse vorgelegt, die von Mitarbeitern des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche Deutschlands erstellt waren. Diese Resultate — Verhältnis Männer zu Frauen wie 2 : 1 und Überwiegen der jüngeren Altersgruppen — ließen sich auch für das Elisabeth-Lutz-Haus bestätigen. Bei einer Stichtagsuntersuchung waren 71 % der Bewohner männlich und 29 % weiblich; 95 % aller Bewohner waren jünger als 36 Jahre.

Entsprechend der Aufgabenstellung für das Modellprojekt in Mannheim wurde im Januar 1977 unter Beteiligung aller Mitarbeiter des Elisabeth-Lutz-Hauses, der Berater aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit und des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch eine Weiterentwicklung der therapeutischen Konzeption des Übergangsheimes erarbeitet. Anhand der bis dahin gewonnenen Erfahrungen war festzustellen, daß ein Übergangsheim für psychisch Kranke nur dann zu guten Rehabilitationserfolgen führen kann, wenn nicht alle Patienten, unabhängig von ihrer diagnostischen Einordnung, aufgenommen werden. Da einerseits Spezialeinrichtungen für Jugendliche mit erheblichen Verhaltensstörungen fehlen und andererseits Nachsorgeeinrichtungen für Alkoholiker nach der klinischen Entgiftung

nur in unzureichendem Maße zur Verfügung stehen, wurden diese Patientengruppen in der Anfangsphase bevorzugt zur Aufnahme im Elisabeth-Lutz-Haus angemeldet. Im Rahmen der Klausurtagung über die Weiterentwicklung des Konzeptes wurde aufgrund der Vorerfahrungen beschlossen, diese Patienten zukünftig nicht mehr im Übergangsheim aufzunehmen, da Patienten aus diesen Krankheitsgruppen nur unzureichend von den therapeutischen und rehabilitativen Angeboten des Elisabeth-Lutz-Hauses profitieren.

Schon jetzt läßt sich feststellen, daß sich das Modellprojekt Elisabeth-Lutz-Haus als Übergangsheim in Mannheim trotz der Probleme der Kostenübernahme und der daraus resultierenden Belegungsschwierigkeiten durchaus bewährt hat. Es hat eine Lücke im System der sozialen Sicherheit für psychisch Kranke aufgezeigt; ihre Schließung, die aus rehabilitativen, aber auch aus Gründen der Kosteneinsparung erforderlich ist, wurde auf Bundesebene in Angriff genommen. Insbesondere hat sich gezeigt, daß es günstig war, das Übergangsheim in der Stadt und nicht im Klinikbereich anzusiedeln. Es ist nach unseren Erfahrungen davon auszugehen, daß nicht nur eine wissenschaftliche Beratung in der Anfangsphase einer solchen Einrichtung wünschenswert ist, sondern daß auch die Funktionstüchtigkeit eines Übergangsheimes durch eine enge Beziehung zu einer psychiatrischen Klinik eher gesteigert werden kann. Als weitere Erkenntnis hat sich herauskristallisiert, daß ein Übergangsheim nur dann seinen eigentlichen Aufgaben gerecht werden kann, wenn in derselben Region Wohnmöglichkeiten, wie Wohngemeinschaften, Dauerwohnheime etc., für aus dem Übergangsheim entlassene Patienten zur Verfügung stehen, die keine Angehörigen haben oder nicht in selbständige Wohnsituationen zurückkehren können und wenn genügend Arbeitsplätze in therapeutischen Werkstätten vorhanden sind, da eine beträchtliche Anzahl der Bewohner eines Übergangsheimes nicht oder nicht sofort auf dem freien Arbeitsmarkt eine Beschäftigung finden.

Um alle in der Aufgabenstellung angeschnittenen Fragen ausreichend zuverlässig beantworten zu können, ist von einem mindestens dreijährigen Beobachtungszeitraum bei einem Übergangsheim wie dem Elisabeth-Lutz-Haus auszugehen. Die vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit durchgeführte Dokumentation bietet Gewähr für Auswertungen auf zwei verschiedenen Ebenen, einmal im Rahmen des kumulativen psychiatrischen Fallregisters Mannheim, zum anderen durch die differenzierte Dokumentation des Zentralinstituts, die in einer abgewandelten Form auch im Elisabeth-Lutz-Haus Verwendung findet. Erste Auswertungen werden Ende 1978 beginnen.

Der Nutzen des Modellprojektes Elisabeth-Lutz-Haus und vergleichbarer Einrichtungen wird sich abschätzen lassen, wenn wir aufzeigen können, wie sich dieses Übergangsheim in die Versorgung von Mannheim einfügt und in welchen anderen Behandlungs- und Betreuungsdiensten möglicherweise Entlastungen eingetreten sind.

10

Modell: **Kooperationsmodell Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft**

Anschrift: Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Lahn-Dill
Friedrichstraße 24
6300 Lahn-Gießen
Telefon 06 41 — 7 02 - 24 96

Begleitforschung: Prof. Dr. Dr. H. E. Richter, Zentrum für Psychosomatische Medizin am Klinikum der Justus-Liebig-Universität Gießen

Aufgabenstellung (Kurzfassung): Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Lahn-Dill soll als Kooperations- und Koordinationsmodell für die psychosoziale Versorgung einer Region exemplarisch weiterentwickelt werden. Dabei ist zu untersuchen, wie die von der Sachverständigen-Kommission definierten Aufgaben einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft erfüllt werden können und unter welchen Bedingungen dieses Kooperationsmodell auf andere Standardversorgungsgebiete zu übertragen ist.

Kurzer Bericht über den derzeitigen Stand:

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Lahn-Dill entspricht den Enquete-Empfehlungen zur Koordination und Planung auf der Ebene der Standardversorgungsgebiete. Sie ist ein freiwilliger Zusammenschluß von Personen, die in der psychosozialen Versorgung des Raumes Gießen–Wetzlar–Dill tätig sind. Alle Berufe, die innerhalb dieser Region mit der präventiven, therapeutischen und rehabilitativen

Versorgung von psychisch gefährdeten, kranken oder behinderten Menschen zu tun haben, können in dieser Arbeitsgemeinschaft mitarbeiten. Darüber hinaus ist die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft offen für alle diejenigen, die ehrenamtlich oder halbprofessionell auf diesem Gebiet tätig sind.

Im Verlauf der bisherigen Tätigkeit haben immer mehr Dienststellen zur Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Kontakt aufgenommen. Aus psychiatrischen, jugendpsychiatrischen, pädiatrischen und psychosomatischen Kliniken, aus Familien-, Ehe-, Erziehungs- und Jugendberatungsstellen, aus Behindertenzentren und Kinderheimen, aus Jugendämtern, schulpsychologischen Dienststellen, aus der Bewährungshilfe und Frauenzentren, aus Elternschulen, Kinderschutzbund, Pro familia, aus Initiativ- und Projektgruppen, die mit psychisch Kranken, Behinderten, jugendlichen Deliquenten und Obdachlosen tätig sind, arbeiten Vertreter in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft mit. Auch einige Niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen haben sich der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft angeschlossen.

Seit ihrer Entstehung vor vier Jahren tagt die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft reihum in verschiedenen Institutionen, um jeweils an Ort und Stelle genauer zu erfahren, wie die einzelnen Stellen arbeiten und von welchen Problemen ihre Arbeit belastet wird. Die gesamte Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft tagt alle vier Wochen und diskutiert in einem Wechsel von Kleingruppen und Plenum die Probleme, die gerade in die Gruppe gebracht werden. Angesichts der Größe der Gesamtgruppe und der Vielfalt der anstehenden Probleme haben sich inzwischen darüber hinaus Untergruppen gebildet, die sich in der Regel noch einmal im Monat zusätzlich treffen, um auf ihrem jeweils spezifischen Versorgungsfeld Möglichkeiten effektiver Koordination und enger Kooperation zu entwickeln. Gegenwärtig existieren fünf solcher Untergruppen für die Versorgungsbereiche Psychiatrie, Beratungswesen, Randgruppenarbeit, Behindertenarbeit und Heime.

Im Rahmen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft wurden in den letzten zwei Jahren in ländlichen und kleinstädtischen Gemeinden mehrere Arbeitskreise initiiert, in denen Berater aus dem halb- und nichtprofessionellen Versorgungssystem miteinander kooperieren. In diesen Psychosozialen Arbeitskreisen arbeiten bisher Lehrer und Pädagogen aus Kindergärten, Schulen und Heimen, Seelsorger, Sozialarbeiter, Gemeindeschwestern, einige Ärzte und andere aktive Personen und Gruppen mit. Hier können die Beteiligten Probleme ihrer täglichen Arbeit besprechen, praktische Unterstützung finden und gemeinsam psychosoziale Probleme angehen (Jugendarbeitslosigkeit, Jugendarbeit, Umgang mit Suicidgefährdeten, Umgang mit sozial unterprivilegierten Familien etc.).

Die bisherigen Erfahrungen und vorliegenden Zwischenergebnisse der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Lahn-Dill stützen folgende Thesen:

1. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft bietet nicht nur neue und erstmalige Chancen des Erfahrungsaustausches mit benachbarten Diensten und Berufsgruppen; sie ist darüber hinaus in der Lage, diesen Erfahrungsaustausch zu organisieren und langfristig zu sichern.

2. Gegenseitige Information und Erfahrungsaustausch bilden eine wirkungsvolle Basis für eine zunehmend kooperative Einstellung in den alltäglichen Versorgungsaktivitäten.

3. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft hilft, Rivalitäten zwischen unterschiedlichen Einrichtungen und Berufsgruppen abzubauen und ermöglicht eine wechselseitige fachliche und institutionelle Unterstützung. Das Verantwortungsgefühl für die gemeinsamen Versorgungsaufgaben wird gestärkt und führt dazu, daß insbesondere gefährdete Behandlungsdienste wirksam unterstützt werden können.

4. Die Zusammenarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft erleichtert die Erkenntnis von Mängeln und Unzulänglichkeiten in der Versorgung. Aus dieser Erkenntnis kann die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Planungsinitiativen anstoßen (gemeindenahe Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung) und Hilfen für unterversorgte ländliche Gebiete anbieten (Stärkung und Unterstützung der vorhandenen Selbsthilfepotentiale, Einbeziehung der im Vorfeld tätigen nicht-professionellen Beratergruppen, Organisation und Krisenintervention).

5. Über den Erfahrungsaustausch hinaus existiert ein großer Bedarf an Supervision und Fortbildung, der innerhalb der eigenen Institution nicht hinreichend erfüllt werden kann. In Kooperation mit örtlichen Weiterbildungsinstitutionen und im Austausch mit anderen Einrichtungen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft kann dieser Bedarf abgedeckt werden.

6. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften sind mittlerweile in einigen Bundesländern auf unterschiedliche Weise entstanden. Verglichen mit einer Initiierung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften durch die Gesundheitsämter zeigen sich bei einer nach dem Modell der Selbstorganisation aufgebauten Arbeitsgemeinschaft überwiegend vorteilhafte Unterschiede.

„Die Vielfalt der Wege" — so Mitglieder des Modellverbundes — „mit denen die einzelnen Projekte des Verbundes eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung anstreben, hat einen überaus lebhaften und fruchtbaren Informationsaustausch ermöglicht. Gerade innerhalb dieses Verbundes erwies sich, daß unter Modellhaftigkeit weniger Schematismus zu verstehen ist als vielmehr Strategien, Angebote aus den konkreten, jeweils unterschiedlichen Anforderungen einer Region zu entwickeln und auf diese abzustimmen."

